SMART PSYCHOLOGY

Б.Н. Алмазов

Правовая психопатология

Учебное пособие

Data Сквер

SHOUT
SHARE
IT

Annotation

В юридической практике судья часто оказывается в роли арбитра в спорах по специальным вопросам. Для принятия объективных решений, верной оценки той или иной сложной ситуации юристу иногда требуется привлечение к практической работе психолога и психиатра. Данное учебное пособие готовит будущих правоведов, которым в реальной жизни придётся столкнуться с множеством ситуаций, требующих нового уровня профессиональной компетенции, а также знаний психологии и психиатрии. Книга адресована студентам юридических вузов, психологам, а также специалистам, деятельность которых связана с юриспруденцией. Безусловный приоритет пособия отдается правозащитной проблематике, книга содержит большое количество практических примеров.В формате PDF A4 сохранен издательский макет.

- Борис Николаевич Алмазов
  -
  - Предисловие
  - Глава 1. История правового регулирования отношений психически больных людей с обществом и государством
    -
    - Вопросы для самостоятельной работы
    - Рекомендуемая литература
  - Глава 2. Юридические критерии в оценке психических расстройств
    - 1. Роль специалиста в определении правосубъектности по факту психического недостатка
    - 2. Современные представления о поле деятельности специалиста в области психопатологии
    - 3. Границы понятия «психический недостаток» в современной юриспруденции
    - Вопросы для самостоятельной работы
    - Рекомендуемая литература
  - Глава 3. Право психически нездоровых лиц на социальную защиту и поддержку
    -
    - 1. Опека
    - 2. Гражданская правосубъектность дееспособных

лиц с расстройствами психического здоровья
- 3. Компенсация психического вреда
  -
  - Критерии оценки наступивших последствий
- 4. Представительство в судебных и иных органах
- 5. Социальная поддержка психически больных людей
- Вопросы для самостоятельной работы
- Рекомендуемая литература

○ Глава 4. Социальные ограничения и государственное принуждение в отношении психически больных людей
-
- 1. Принудительные меры медицинского характера по законодательству о здравоохранении
- 2. Принудительные меры медицинского характера по уголовному законодательству
  -
  - Основания для принудительных мер медицинского характера
  - Особенности уголовного судопроизводства при назначении принудительных мер медицинского характера
  - Осуществление принудительных мер медицинского характера
- Вопросы для самостоятельной работы
- Рекомендуемая литература

○ Глава 5. Невиновное причинение вреда в связи с расстройством психической деятельности
-
- 1. Несоответствие психического развития достигнутому возрасту как основание для признания невиновным
  -
  - Варианты задержки психического развития
- 2. Расстройства психики в экстремальных обстоятельствах
- Вопросы для самостоятельной работы
- Рекомендуемая литература

○ Глава 6. Доказательство юридической значимости психических расстройств при отправлении правосудия
-
- 1. Использование правосудием данных

несудебных психиатрических экспертиз
- 2. Правовое положение психиатра-эксперта
- 3. Судебно-психиатрическая экспертиза в уголовном процессе
- 4. Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе
- 5. Комплексная психолого-психиатрическая экспертиза
- Вопросы для самостоятельной работы
- Рекомендуемая литература

○ Глава 7. О предмете доказывания в судебной психиатрии
-
- 1. О сознании
- 2. О восприятии
- 3. О памяти
- 4. О мышлении
- 5. О воле
- 6. Об эмоциях
- Вопросы для самостоятельной работы
- Рекомендуемая литература

○ Глава 8. Психические расстройства на биологически измененной почве
-
- 1. Душевные болезни
- 2. Радикалы
  -
  - Последствия травмы
- 3. Конституции
  -
  - Умственная отсталость
  - Аномалии характера
- Вопросы для самостоятельной работы
- Рекомендуемая литература

○ Глава 9. Социопатии
-
- 1. Девиантное развитие личности
- 2. Девиантное старение
- 3. Психопатология аддиктивного поведения
- Вопросы для самостоятельной работы
- Рекомендуемая литература

○ Заключение

○ Приложение
- О психиатрической помощи и гарантиях прав

граждан при ее оказании
-
- Раздел I. Общие положения
  - Статья 1. Психиатрическая помощь и принципы ее оказания
  - Статья 2. Законодательство Российской Федерации о психиатрической помощи
  - Статья 3. Применение настоящего Закона
  - Статья 4. Добровольность обращения за психиатрической помощью
  - Статья 5. Права лиц, страдающих психиатрическими расстройствами
  - Статья 6. Ограничения выполнения отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности
  - Статья 7. Представительство граждан, которым оказывается психиатрическая помощь
  - Статья 8. Запрещение требования сведений о состоянии психического здоровья
  - Статья 9. Сохранение врачебной тайны при оказании психиатрической помощи
  - Статья 10. Диагностика и лечение лиц, страдающих психическими расстройствами
  - Статья 11. Согласие на лечение
  - Статья 12. Отказ от лечения
  - Статья 13. Принудительные меры медицинского характера
  - Статья 14. Судебно-психиатрическая экспертиза
  - Статья 15. Психиатрическое обследование для решения вопроса о годности гражданина к службе в качестве военнослужащего
- Раздел II. Обеспечение психиатрической помощью и социальная защита лиц, страдающих психическими

расстройствами
- Статья 16. Виды психиатрической помощи и социальной защиты, гарантируемые государством
- Статья 17. Финансирование психиатрической помощи

- Раздел III. Учреждения и лица, оказывающие психиатрическую помощь. права и обязанности медицинских работников и иных специалистов
  - Статья 18. Учреждения и лица, оказывающие психиатрическую помощь
  - Статья 19. Право на деятельность по оказанию психиатрической помощи
  - Статья 20. Права и обязанности медицинских работников и иных специалистов при оказании психиатрической помощи
  - Статья 21. Независимость врача-психиатра при оказании психиатрической помощи
  - Статья 22. Гарантии и льготы врачам-психиатрам, иным специалистам, медицинскому и другому персоналу, участвующим в оказании психиатрической помощи
- Раздел IV. Виды психиатрической помощи и порядок ее оказания
  - Статья 23. Психиатрическое освидетельствование
  - Статья 24. Психиатрическое освидетельствование лица без его согласия или без согласия его законного представителя
  - Статья 25. Порядок подачи заявления и принятия решения о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя
  - Статья 26. Виды амбулаторной психиатрической помощи
  - Статья 27. Диспансерное наблюдение

- Статья 28. Основания для госпитализации в психиатрический стационар
- Статья 29. Основания для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке
- Статья 30. Меры обеспечения безопасности при оказании психиатрической помощи
- Статья 31. Освидетельствование несовершеннолетних и лиц, признанных недееспособными, помещенных в психиатрический стационар по просьбе или с согласия их законных представителей
- Статья 32. Освидетельствование лиц, помещенных в психиатрический стационар в недобровольном порядке
- Статья 33. Обращение в суд по вопросу о госпитализации в недобровольном порядке
- Статья 34. Рассмотрение заявления о госпитализации в недобровольном порядке
- Статья 35. Постановление судьи по заявлению о госпитализации в недобровольном порядке
- Статья 36. Продление госпитализации в недобровольном порядке
- Статья 37. Права пациентов, находящихся в психиатрических стационарах
- Статья 38. Служба защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах
- Статья 39. Обязанности администрации и медицинского персонала психиатрического стационара
- Статья 40. Выписка из психиатрического стационара
- Статья 41. Основания и порядок помещения лиц в

психоневрологические учреждения для социального обеспечения
- Статья 42. Основания и порядок помещения несовершеннолетних в психоневрологическое учреждение для специального обучения
- Статья 43. Права лиц, проживающих в психоневрологических учреждениях для социального обеспечения или специального обучения, и обязанности администрации этих учреждений
- Статья 44. Перевод и выписка из психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения
- Раздел V. Контроль и прокурорский надзор за деятельностью по оказанию психиатрической помощи
  - Статья 45. Контроль и прокурорский надзор за оказанием психиатрической помощи
  - Статья 46. Контроль общественных объединений за соблюдением прав и законных интересов граждан при оказании психиатрической помощи
- Раздел VI. Обжалование действий по оказанию психиатрической помощи
  - Статья 47. Порядок и сроки обжалования
  - Статья 48. Порядок рассмотрения жалобы в суде
  - Статья 49. Порядок рассмотрения жалобы в вышестоящем органе (вышестоящим должностным лицом)
  - Статья 50. Ответственность за нарушение настоящего Закона
- О судебной практике по применению, изменению и отмене принудительных мер медицинского характера

- notes
  - 1
  - 2
  - 3

- ○ 4
- ○ 5
- ○ 6
- ○ 7
- ○ 8
- ○ 9
- ○ 10
- ○ 11
- ○ 12
- ○ 13
- ○ 14
- ○ 15
- ○ 16
- ○ 17
- ○ 18
- ○ 19
- ○ 20
- ○ 21
- ○ 22
- ○ 23
- ○ 24
- ○ 25
- ○ 26
- ○ 27
- ○ 28
- ○ 29
- ○ 30

Борис Николаевич Алмазов
Правовая психопатология

© Алмазов Б.Н., 2009
© Оформление Дата Сквер, 2009

Предисловие

Чем дальше правосознание удаляется от привычных «норм-правил» к правовым явлениям и правовому поведению, тем больше в юридической феноменологии проступает человеческий фактор.

Юридическая антропология

Приступая к изучению судебной психиатрии, юрист, привыкший к дисциплинам гуманитарного круга, невольно получает целый ряд новых +впечатлений. Ему предстоит взглянуть на человека, доселе выступавшего в роли некоего абстрагированного лица, с позиций естественной науки, у которой свои представления о природе мотивов поведения, иная логика умозаключений, строй мыслей и весьма своеобразная феноменология личностных особенностей. Вполне естественно, что с первых шагов обучения студенту придется задать себе вопрос, в какой мере новая дисциплина лишь расширяет его кругозор, а в какой является необходимым атрибутом юридического образования, важным для теоретической подготовки и практической деятельности.

Психические отклонения и расстройства как объект юридической деятельности последние годы значительно изменил свои привычные контуры. Если в советские времена откровенно доминировала несудебная (криминальная и пенитенциарная) ориентация мысли, то нынче ситуация изменилась. Прежняя установка на диагностику тяжелого заболевания, лишающего человека волеспособности по закону, уступает место экспертизе так называемых релевантных состояний, где патогенез лишь одно из условий неконструктивного поведения в ситуации, регулируемой правом. Такой поворот в установках возник не случайно. Его проявление логично следует из общих закономерностей перестройки нашего уклада жизни на демократический лад, и поскольку перемены только начались, на причины их наступления и динамику развития следует обратить внимание.

Советская наука права, исходя из фундаментального лозунга коммунистов «освободить людей от материальных расчетов», обеспечила «приписывание высшей ценности обществу и общественным интересам» с преобладанием «правил с

репрессивными санкциями» (по Э. Дюркгейму). Человек, обратившийся к защите правосудия, мог рассчитывать, главным образом, на моральную поддержку, так как в обществе, где «каждый имеет долю в источниках пропитания, единственным собственником которых является народ, равенство состояний удерживается законом, а высокая оценка отношения к труду исключает появление социальных недугов», любые претензии на денежную компенсацию страданий рассматривались как недопустимый эгоизм (по А. Собчаку). Частные интересы никого (в том числе и самого человека) особенно не интересовали. Граждане всецело полагались на справедливость государства, поскольку ничего другого им и не оставалось.

Соответственно, перед лицом закона люди как объект правосудия разделялись на тех, кто не подлежал репрессии по состоянию здоровья и должен был быть выведен за пределы конкретной нормы, и остальных, к ограниченным возможностям которых (если таковые имелись) проявляла жалость и сострадание система, исполняющая судебные решения. В такой ситуации психиатр выступал в роли некого «научного судьи» и проводил своим экспертным заключением ясную черту между этими когортами. Буква закона ориентировала суд на медицинскую диагностику («душевное заболевание», «олигофрения» и т. п.), а Верховный Суд предписывал во всех случаях, когда психическое состояние вызывало сомнения, назначать именно психиатрическую экспертизу. В свою очередь психиатры чувствовали себя весьма уверенно и заявляли, что им «не нужны социологи, психологи и прочие -ологи» (А. Снежневский).

Появление в обиходе частной собственности разбудило материальные интересы людей и поколебало доверие к объективности судебного решения. Когда нужно отвечать своим имуществом, человек не склонен к излишней доверчивости, что вполне понятно. Ведь теперь пострадавшей стороне приходится из собственного кармана оплачивать гуманное освобождение обидчика от ответственности, если тот, по мнению суда, недостаточно здоров. С другой стороны, тот, кто претендует на снисхождение, старается предъявить не только (и не столько) явно выраженную болезнь, но и менее выраженные отклонения, как «ключ к замку подошедшие к конкретным трудным обстоятельствам». Образно говоря, черта или планка экспертного заключения сдвинулась от патогенеза по направлению к личности. На смену клиническим фактам пришли так называемые релевантные состояния, где врач исследует лишь часть феномена, а оценка остального входит в компетенцию так самоуверенно

отвергаемых психиатрами «-ологов». Буква закона очистилась от медицинской терминологии, переключившись на «состояния», «свойства», «обстоятельства», в оценке которых трудно рассчитывать на единство мнений специалистов разных профессий, особенно если они выступают в порядке состязания.

Кроме того, чем ближе судебное решение к здравому смыслу и житейскому опыту (понятно любому участнику процесса), тем больше люди претендуют на равенство сторон. И хотя назначение эксперта все еще остается прерогативой правоохранительных органов, адвокаты уже вправе привлекать специалистов для самостоятельного получения доказательств. Тем самым, судья, хотел бы он этого или нет, оказывается в роли арбитра в споре по специальным вопросам. Это совершенно новый уровень профессиональной компетентности. Пока что он еще недоступен отечественному юридическому образованию, но общество уже предъявляет соответствующие ожидания, и соответствовать им придется в любом случае.

Со своей стороны, психиатры вынуждены искать профессиональные контакты с психологами, преодолевая традиционный снобизм. И хотя на сегодняшний день они по привычке стараются захватить больше эмпирического пространства, чем это позволяет наука (за что мировое профессиональное сообщество не раз критиковало отечественную медицину), желание сотрудничать присутствует. Есть все основания полагать, что в обозримом будущем в пространстве между психиатрией и психологией мы будем иметь достоверное учение о психических отклонениях, оценка которых предусмотрена законодателем – правовую психопатологию. Настоящее пособие позволяет сделать в этом направлении шаг вперед.

В учебном пособии не отводится специального раздела психопатологическим аспектам правовой философии, но в каждой из глав обязательно уделяется внимание этим вопросам, рассматриваются широкие правовые обобщения как один из уровней представительства судебной психиатрии в юриспруденции.

Стиль изложения материала отличается от такового в традиционных учебниках, неоднократно переиздававшихся на протяжении последних десятилетий. Безусловный приоритет отдается правозащитной проблематике, сугубо же медицинская информация сокращена до объемов, абсолютно необходимых для понимания юридического значения психопатологии.

Приступая к работе над учебным пособием, студент может и должен опираться на три источника информации, существующих

в юридической литературе и дополняющих изложенные здесь сведения.

Первый – учебный материал основных предметов, таких как уголовное и гражданское право и процесс, административное право, криминология, криминалистика, юридическая психология, теория государства и права, история государства и права России и зарубежных стран. Из них несложно вычленить информацию, определяющую статус психически больного человека в законе и в жизни. Однако известные усилия для этого все-таки требуются, тем более что нормативный материал, касающийся психически больных лиц, меняется в свете новых взглядов законодателя на решение вопросов свободы воли, ответственности и правоспособности.

Второй – учебники и пособия по судебной психиатрии, принадлежащие перу медицинских работников, предназначенные как для врачей, так и для юристов. И хотя названия книг и расположение материалов в них мало отличаются от настоящего издания, содержательная сторона может оказаться совсем иной. Дело в том, что для врача судебная психиатрия означает главным образом лишь производство соответствующей экспертизы, тогда как пути использования полученных данных в интересах правосудия не входят в круг его компетенции.

Третий – монографическая литература по проблемам судебной психиатрии (дееспособности, вменяемости, принудительных мер медицинского характера и др.). Здесь придется столкнуться с очень своеобразным феноменом, присущим, по-видимому, не только судебно-психиатрической тематике: явным преобладанием в авторских установках уголовно-правовых настроений над гражданско-правовыми. Общественное значение психической патологии показано там прежде всего через призму социально опасного поведения и связанного с ним правоприменения. Такая тенденциозность методологического подхода искажает естественный взгляд на существо предмета, но с этим приходится считаться.

В практической работе, приглашая психолога и психиатра к сотрудничеству, юрист вынужден предвидеть неизбежную предвзятость их суждений. Если же в порядке самообразования он захочет ознакомиться с трудами выдающихся специалистов в области пограничной психопатологии, то быстро убедится, что почти каждый из них, блестяще описывая фактическую сторону явления, старается трактовать его при помощи собственных оригинальных понятий. Обилие авторских импровизаций – самое наглядное подтверждение научной незрелости проблемы. Да и другой показатель стабильности экспертной мысли – статистика

заболеваемости – оставляет желать лучшего.

Например, пациенты с диагнозом такого тяжелого заболевания, как шизофрения, безусловно меняющего социальный статус человека, в клинике А. В. Снежневского составляли около 54 % общего числа больных, а в клинике, руководимой А. С. Чистовичем (тоже очень авторитетным психиатром 60–80-х гг.), – лишь 5,4 %. И это при общих принципах комплектования лечебных отделений. Можно только предполагать, насколько бестрепетно интересы больных людей могут быть принесены в жертву той или иной теоретической установке.

Аналогичная картина наблюдается и за рубежом, где нечеткость границы между личностью и болезнью также приводила к разного рода крайностям, за которые психиатрам приходилось каяться перед собственным народом. Так, в 30-е гг. американцы неоправданно увлекались «коррекцией поведения» с помощью психиатрии, что вызвало гневный протест общественности, а тактика «деинституализации» и «интеграции в общество» пациентов психиатрических больниц обернулась тем, что в тех регионах Англии, где их буквально вытолкнули за порог, они составили до 70 % обитателей разного рода приютов для бездомных.

Все сказанное свидетельствует о том, что юрист, вступая на территорию смежника, обязан знать факты, чтобы ориентироваться в реальных.

Глава 1. История правового регулирования отношений психически больных людей с обществом и государством

Скупые сведения древней истории, дошедшие до современников, позволяют уверенно заявить, что ни один из известных обладавших государством народов, как бы он ни смотрел на сам факт психического заболевания, не имел службы, цели которой состояли бы в активном выявлении и истреблении безумных. Естественный разум и практический рассудок людей задолго до появления точных знаний отнес психические расстройства к разряду несчастий, в происхождении которых человек не волен и посему не заслуживает враждебного отношения ни к себе, ни к своим поступкам. Достаточно сослаться на известные Дигесты Юстиниана (VI в.), где сказано, что безумных не карают за убийство, ибо «они покараны своим безумием».

Христианская церковь, взяв на себя организующие начала культуры и духовного просвещения, принимает и ответственность за призрение душевно больных. Ее взгляды на природу душевного заболевания весьма отличны от наивного материализма греков, чью философию она принесла с собой в Европу. Но, считая безумных «одержимыми бесом», церковь все же не утратила житейского рационализма, который позволял монахам действовать разумно и целесообразно. По сути, монастыри на протяжении многих веков были прибежищем для «умом помешанных» и выполняли эту роль даже в те времена, когда служители инквизиции, искоренявшие «печать дьявола», обратили некоторые симптомы (по большей части истерической природы) во зло больным. Недаром в период Ренессанса Европа вошла с достаточно организованной службой оказания помощи безумным. Наглядный пример тому – знаменитый роман М. Сервантеса. Там здравомыслящие люди советуют обиженным не вступать в конфликт с Дон Кихотом, так как тому все равно не будет наказания, а им – возмещения ущерба, ибо безумие их обидчика очевидно. В то же время предусмотрительный Санчо Панса советует своему патрону быстрее покинуть поле сражения, пока не явилось святое братство и не заточило его в монастырь.

В средневековой России отношение к душевнобольным было заложено уставом князя Владимира (XII в.), согласно которому

«бесный страдает неволею» и «се люди соборные церкви преданы». К тому же, одержимость на Руси получила очень своеобразную общественную окраску. Фигура юродивого не только не «тонула» в монастырских кельях и подвалах, но выдвигалась на общественное обозрение, и не без умысла. Психически аномальным людям, находившимся под покровительством церкви, была дозволена известная дерзость в речах, предоставлялась возможность высказывать непредвзятое мнение, включая критику существующих порядков и нравов. Так, в драме А. С. Пушкина «Борис Годунов» обличителем царя безнаказанно выступает именно юродивый. При этом не следует забывать, что статус юродивого давался очень нелегко. По указу Петра I «О ханжах» (лжепророках) незадачливого прорицателя ожидало «помещение в монастырь с употреблением в труд до конца жизни», а женщин по указу «О кликушах» предписывалось «пытать, пока не сознаются в обмане». Более того, в нашем отечестве юродство как стиль поведения оппозиции становится чуть ли не чертой национального характера. Недаром украшающий Красную площадь Покровский собор носит имя Василия Блаженного (совпадение может быть и случайно, но выбор имени наталкивает на определенные ассоциации).

Не исключено, что именно поэтому русская православная церковь не только не сжигает психически больных на кострах среди еретиков, а, напротив, старается подольше удержать за собой миссию их социального призрения. И если в Европе государственные психиатрические учреждения были открыты еще в XV–XVI вв. (в Валенсии – 1409 г., Стокгольме – 1531 г., Англии – 1547 г., Франции – 1645 г.), то в России первое указание об их основании встречается лишь в резолюции Петра III от 20 апреля 1762 г., где говорится, что «безумных не в монастырь отдавать, а построить на то нарочитый дом, как то обыкновенно в иностранных государствах учреждены доллгаузы».

Причем, уже будучи созданы, доллгаузы длительное время мало отличались от мест лишения свободы, включая такие аксессуары, как кандалы, цепи, решетки и т. п. Естественно, что родственники старались удержать больных дома, избегая учреждений общественного призрения (устав о которых был принят также при Петре III), справедливо полагая, что государственный гуманизм для их близких будет сопряжен с весьма ощутимыми страданиями.

Попасть в государственное учреждение психически больному можно было, говоря современным языком, по представлению заинтересованных лиц и соответствующему решению административных органов, в подчинении которых находился

доллгауз. Сроки пребывания не оговаривались, содержались больные за казенный счет.

Естественно, речь шла, как правило, о людях явно безумных и малоимущих, за которыми двери психиатрического учреждения нередко захлопывались навсегда. По сути, это были не столько больницы, сколько дома инвалидов для хронически больных.

В отношении лиц, остающихся в семье несмотря на наличие психических расстройств, государственная тактика диктовалась, во-первых, заботой о сохранении имущества и предупреждении разорения семьи, а во-вторых, необходимостью исполнения гражданином своих обязанностей перед государством. С этой целью над больным и его имуществом устанавливалась опека. Причем все внимание законодателя направлялось именно на имущественные интересы, тогда как опека над личностью вменялась в обязанность тем, с кем проживал подопечный, и специальными указаниями не регламентировалась.

Необходимость охраны имущественных интересов и прав собственника в сфере гражданского оборота выступала приоритетной ценностью, и институт опеки создавался с ориентацией главным образом на хозяйственную жизнь общества. Верховным опекуном являлось государство, а органами опеки – разного рода институты (например, Дворянская опека и Сиротский суд). Конкретные опекуны, будь то отдельные лица или госучреждения, были подотчетны им и «стеснены в своих действиях разрешением, которое в оных органах получить надлежало».

На граждан, чей долг состоял не только в пополнении казны налогами, но и в несении обязанностей в качестве сотрудников государственных учреждений или военнослужащих, распространялось понятие служебной дееспособности. Типичный пример регуляции такого рода отношений – указ Петра I «Об освидетельствовании дураков в Сенате» (1722). По нему лица, считавшие себя непригодными к выполнению дворянской повинности, проходили освидетельствование путем собеседования по вопросам, «которые господам сенаторам задать желательно». Признание непригодным к государственной службе означало одновременно лишение права вступать в брак, наследовать имущество, а если таковое уже состояло во владении, над ним «во избежание разорения» назначалась опека. Неслужилые сословия под действие указа не подпадали.

Согласно установленным правилам лицом, ответственным за исполнение государственной обязанности покровительствовать, а в случае нужды помогать существовать тем, кто по своему умственному состоянию не способен следовать требованиям

общественного порядка, выступал губернатор. Он был вправе начать процесс о назначении опеки, если располагал сведениями о том, что лицо не может без ущерба распоряжаться своим имуществом. Когда родственники помещали человека в психиатрическое учреждение, содержатели последнего были обязаны извещать об этом губернатора.

Административный порядок распоряжения судьбой психически больных людей просуществовал без заметных изменений до начала XIX в.

Душевнобольные с удивительной покорностью и равнодушием к своей судьбе принимали в течение многих веков ограничения в праве на духовную жизнь, общение с миром, личную тайну, творчество и изобретение, услуги адвоката, помощь священника и многое другое, вплоть до помещения на цепь и лечения, связанного с физическим страданием. Они не оставили в истории свидетельств о борьбе за свои права и вообще сколько-нибудь организованного сопротивления в ответ на обращение, которое у обычных людей неизбежно вызвало бы бунт и протест.

По-видимому, дело заключалось в том, что наши предки проводили грань между здоровьем и болезнью там, где психическое расстройство обрывает связь человека с социумом и погружает его в мир собственных переживаний. Если же человек при всем своеобразии индивидуальных черт психики, характера и личности был способен решать проблемы повседневного бытия с учетом окружающей социальной среды, при ее помощи или посредстве, ему предоставлялось право оставаться в рамках, начертанных Богом и законом, возможно, с некоторыми послаблениями ответственности, но без серьезных ограничений волеизъявления.

Такой порядок вполне оправдывал себя при общинной организации социальной среды со свойственной ей коллективной ответственностью за судьбу отдельного человека (цеховой, корпоративной, клановой, сословной и т. п.). Микросоциумы, т. е. сообщества совместно проживающих, работающих и вообще сосуществующих людей, где все друг друга знают, наделенные полномочиями местного самоуправления, обладающие устойчивыми традициями, с их реальным гуманизмом отличаются высокой степенью самоорганизации. Они имеют собственные адаптивные ресурсы, позволяющие им не доводить до конфликта с законом своих «чудаков, дураков, из-за угла мешком прибитых», допуская известную оригинальность натуры последних. К тому же неизменная воинская повинность, присущая государствам феодального строя, предоставляет общине

возможность отдавать в солдаты «пьянь негодящую», что стабилизирует ее положение относительно общества в целом. Так что пациентами психиатрических учреждений становились воистину безумные люди, удержать которых в обычной социальной среде общепринятыми человеческими средствами действительно не представлялось возможным.

Великая французская революция 1789 г., закрепившая политические, социальные, экономические и моральные ценности буржуазного строя, решительным образом изменила отношение к душевнобольным. Идеи свободы, равенства и братства, понимаемые в первую очередь как свобода предпринимательства, равенство возможностей и приоритет личной независимости перед общественным интересом, требовали такого права и такого закона, которым были бы безразличны индивидуальные особенности человека (если что-то разрешено делать, то разрешено всем, а что запрещено, того нельзя делать никому).

Исторически такой шаг, разрушающий структуру аристократических, сословных, религиозных, национальных и общинных привилегий, означал появление принципиально нового макросоциума. Гражданин и закон утратили своих посредников и должны были решать проблемы бытия в непосредственном соприкосновении, не надеясь скрыться от ответственности за спиной сочувствующего братства с его старшиной, старостой, председателем собрания или крестным отцом. Как отметил Э. Фромм, принять такую свободу обычному человеку бывает далеко не просто, а порою и очень обременительно, не говоря уже о людях, чье неравенство с окружающими создается самой природой.

Тем не менее, новые общественные отношения, по выражению К. Маркса, «ледяной водой эгоистических расчетов» неумолимо подтачивали социальные конструкции феодального мира. Такие броские и точные формулировки указа Александра I, как «на помешанных нет ни суда, ни закона», или Кодекса Наполеона I – «нет ни преступления, ни проступка, если во время совершения деяния обвиняемый был в состоянии безумия», выглядели на фоне наступающих перемен историческим анахронизмом. Они явно вошли в противоречие с образом жизни людей, так как исчезла та подспудная внутренняя работа микросоциума, которая позволяла властям принимать решения лишь в абсолютно очевидных обстоятельствах.

Психически аномальные люди оказались беззащитными и перед лицом свободной, но равнодушной социальной среды (душевно больной человек считался потерянным членом общества и опасным элементом), и перед лицом администрации,

у которой возник соблазн обращаться с неугодными лицами как с психически ненормальными. Столь мрачные перспективы не могли не вызвать протеста в обществе и заставили его всерьез задуматься над проблемой социально приемлемых границ психически неадекватного волеизъявления.

Степень свободы выбора «соизволения» в зависимости от истинности или ложности суждений, «затмевающихся страстями», от возможности осознания целей поступка, а также участия в деянии собственной воли стала предметом широкой дискуссии как в философии, так и в правовых науках. Суть ее в общих чертах состояла в обосновании пределов, за которыми наказание должно заменяться мерами социальной защиты, и границ процессуальной дееспособности, в которых больной человек обладал возможностью лично отстаивать свои интересы перед лицом суда. Причем поначалу общество было значительно больше озабочено перспективой вероятных злоупотреблений со стороны властей, чем вопросами социальной поддержки и государственного призрения.

Под давлением общественного мнения законодатели Европы были вынуждены прислушиваться к политическим оппонентам и, даже будучи монархами, вводить в правоохранительную практику требуемые гарантии личной свободы. Так, во Франции был принят закон «Об обращении с умалишенными», по которому решение о помещении человека в психиатрическое учреждение без его согласия должно было приниматься «справедливым и беспристрастным судом». И даже в России, сохраняющей крепостное право, Государственный Совет своим решением от 1835 г. отменил порядок освидетельствования безумных в Сенате и в соответствии с императорским указом установил судебный порядок его осуществления.

Иначе говоря, проблема сосуществования больных и здоровых была повсеместно отнесена к компетенции суда. Однако прогресс законодательной мысли столкнулся с несовершенством науки. Суду потребовались доказательства, подтвержденные убедительными свидетельствами достойных доверия авторитетов от медицины. К сожалению, представить таковые психиатрия того времени была не в состоянии.

Врачи-психиатры, накапливавшие свой опыт в стенах закрытых лечебных учреждений, плохо знали закономерности обыденной жизни. Оказавшись в фокусе общественного внимания, они могли предъявлять лишь доказательства явного безумия, но были бессильны объяснить роль психопатологии как компонента повседневного поведения. А поскольку рассматриваемые в судах ситуации становились все сложнее,

между диагнозом и юридическим решением стали стремительно накапливаться связанные с психической недостаточностью человека, но не имевшие приемлемого объяснения обстоятельства. Окунувшись в социальную реальность, психиатрия обнаружила там множество состояний, которые не были похожи на традиционные душевные болезни, но явно отличали их носителей от обычных людей. Срочно требовались новые критерии определения психического здоровья. Науке пришлось догонять прогрессирующее общество, что всегда чревато появлением сомнительных теорий и методологически необоснованных концепций.

Психиатрия, еще не полностью освободившаяся от теологических предрассудков и имевшая довольно поверхностное естественнонаучное представление о причинах психических заболеваний (классификация болезней была завершена Э. Крепелиным лишь к концу XIX в.), стала поспешно и некритично переносить на свою почву идеи смежных наук, мало приемлемые к анализу поведения человека. Так, из биологии она взяла только что народившееся учение Ч. Дарвина о естественном отборе, наследственном вырождении и дегенерации, откликнувшись на них концепцией нравственного помешательства, а также учением об антропологическом атавизме Ч. Ломброзо. Из физиологии она заимствовала еще во многом механистические представления об условных рефлексах, перенеся их вместе с наивными рассуждениями о свободе воли И. М. Сеченова и И. П. Павлова в теорию социально отклоняющегося поведения. Из социологии был взят богатый, но еще недостаточно осмысленный опыт массовых статистических исследований общественной жизни (которыми в конце XIX в. увлекались очень многие), чтобы объяснить границы нормы в появлении аномальных поступков. Типичным примером такого сотрудничества является капитальный труд Э. Дюркгейма «Самоубийство в Европе».

Единственной дисциплиной, у которой психиатрии было нечего почерпнуть, оказалась психология. Она по-прежнему оставалась разделом философии, имела почти умозрительный характер и ни в коей мере не могла претендовать на роль поставщика объективных доказательств. Как с горечью заметил А. Ф. Кони в своей работе «Суд – наука – искусство», «в большинстве так называемых сенсационных процессов перед судом развертывается яркая картина эгоистического бездушия, нравственной грязи и беспощадной жестокости, которые в поисках не нуждающегося в труде и жадного к наслаждениям существования привели обвиняемого на скамью подсудимых. Задача присяжных при созерцании такой картины должна им

представляться хотя и тяжелой «по человечеству», но все-таки несложной. Но, однако, когда фактическая сторона судебного следствия была окончена, допрос свидетелей и осмотр вещественных доказательств завершен, на сцену выступали служители науки во всеоружии страшных для присяжных слов: нравственное помешательство, неврастения, абулия, психопатия, вырождение, атавизм, наследственность, автоматизм, навязчивое состояние, навязчивые идеи и т. д. В душе присяжных поселялось смущение – и боязнь осуждения больного – слепой и бессильной игрушки жестокой судьбы диктовала им оправдательный приговор, чему способствовали благоговейное преклонение защиты перед авторитетом науки и почти обычная слабость знаний у обвинителей в области психологии и учения о душевных болезнях».

В такой ситуации психиатрии пришлось взять на себя ответственность за решение вопроса по существу и на многие годы сделать судебную проблематику приоритетным направлением своего развития, не жалея на нее интеллектуальных затрат. Фактически все выдающиеся психиатры конца XIX – начала XX в. были известны не только врачебной и научной деятельностью, но и как авторы судебно-психиатрических работ. Крафт-Эбинг, Э. Блейлер, В. Сербский, С. Корсаков знамениты не только открытиями в медицине, но и своими правовыми воззрениями. И дело совсем не в том, что психиатров тянуло к юриспруденции (в последующие годы великие умы в большинстве своем вполне обходились диагностикой и лечением болезней). Просто существовала острая социальная потребность в психопатологических критериях социально отклоняющегося поведения. Причем если раньше эти критерии были исключительно медицинскими, а значит, с точки зрения права, универсальными («на безумных нет ни суда, ни закона»), то теперь они становятся юридическими, т. е. дифференцированными по нормам уголовного, гражданского, административного и социального законодательства.

Последние двести лет новейшей истории можно условно подразделить на три периода: поначалу доминировали проблемы уголовной политики, затем пальма первенства перешла к гражданскому праву, сегодня на передний план выступили задачи социальной защиты лиц с психическими недостатками.

Уголовно-правовые искания юридически значимых критериев психического расстройства особенно заинтересовали человечество в конце XIX в. Именно в те годы «остатки здравого ума» и их влияние на «свободу воли» были предметом активного обсуждения. Границы уголовной ответственности, моральные

основы наказания психически неполноценных людей, разумные пределы социального контроля за их поведением варьировались в разных странах достаточно широко с учетом национальных традиций, религии и особенностей жизненного уклада.

Так, в кодексах германских государств (Брауншвейгский – 1840 г.) «слабоумие, недостаточное развитие, старческая дряхлость, отсутствие воспитания, крайне неблагополучная и развращающая обстановка, сопутствующая человеку в детстве» указывались как обстоятельства, уменьшающие наказание. В российском Уложении о наказаниях уголовных и исправительных 1845 г. отмечалось, что лицам, учинившим правонарушение «по легкомыслию, слабоумию или крайнему невежеству, которым воспользовались другие для вовлечения его в преступление», вина уменьшается (ст. 140, 201).

Причем, как ни странно, благородные стремления законодателя пойти дальше границ, обозначенных природой психических заболеваний, отмечены в странах с консервативно-феодальным укладом жизни, где, казалось бы, такие послабления не совсем уместны. В то же время страны с устойчивыми буржуазно-демократическими традициями проявили гораздо больше осмотрительности. Например, английское правосудие по предложению палаты лордов приняло в 1843 г. критерии невменяемости, руководствуясь «правилами по делу Мак Натена», которые сводились к следующему:

♦ частичная душевная болезнь, не устраняющая способности лица понимать свойство и значение совершаемого и противоправность своего поступка, еще не создает безответственности перед законом;

♦ для признания подсудимого невменяемым необходимо доказать, что во время совершения деяния он страдал вследствие психической болезни таким дефектом сознания, что не мог понимать природу и качество совершаемых им действий или же не знал, что они являются недозволенными.

Можно лишь предположить, что государства, привыкшие соблюдать законы, прекрасно знают, насколько обременительно следовать простым и гуманным декларациям, тогда как авторитарные режимы, которые не стесняют себя законодательными обязательствами в повседневной практике, на словах обычно гораздо прогрессивнее своих демократических соседей. Жизнь вскоре подтвердила, что так оно и есть. Те страны, которые, казалось, были готовы приветствовать социальную концепцию преступности и ответственность общества за ее происхождение, сделали резкий поворот в сторону антропологической криминологии, призывающей обходиться с

обычными преступниками как с психически больными.

Нечеткость правообразующих концепций в соединении со слабостью научной аргументации требовала компромиссного решения проблемы.

К исходу XIX столетия выбор был сделан и соглашение достигнуто: врачи устанавливают диагноз психического расстройства (фактическую сторону явления) и, ориентируясь на степень тяжести заболевания, высказывают мнение, в какой мере оно повлияло на способность лица отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими при совершении инкриминируемого ему деяния. Юристы оценивают врачебное заключение как один из видов доказательств по делу и оставляют за собой право принимать его или отвергать на основе внутреннего убеждения. Врач, сделавший вывод об отсутствии невменяемости, был не вправе вдаваться в оценку мотивов преступного поведения, ибо это входило в исключительную прерогативу суда.

Эта условная демаркация, когда врач делал заключение по существу, но не имел власти принимать решение, а юрист обладал ею, но не владел ситуацией для анализа по существу, удерживалась довольно долго, устраивая и ту и другую сторону, пока развитие культуры в очередной раз не заставило психиатрию догонять человечество.

Под влиянием научно-технического прогресса человеческий фактор стал обнаруживать свою слабость в обстоятельствах банальных, повседневных, обыденных. Для нервного срыва стало достаточно психической неустойчивости, характерологической слабости или личностной незрелости, которые не подпадали под понятие психического заболевания. Причиной психической средовой дезадаптации становился неблагоприятный психический склад индивидуума, требовавший не лечения, а нормализации бытия и приведения его в соответствие с возможностями человека. Для оценки последних был нужен не врач, а медицинский психолог.

Психиатрия и здесь выполнила свой общественный долг, создав новое научное направление, причем силами тех, кто, оставив врачебное дело, перешел в пограничные с психологией сферы, исследующие девиантное (отклоняющееся) личностное развитие.

Подхваченные многочисленными последователями, идеи З. Фрейда быстро превратились в новое учение о мотивах поведения, порождаемых проблемами взаимодействия человека с собственной личностью (собственным *Я*). Соединившись с социальной психологией, которая в первой половине XX в.

разработала стройную теорию зависимости индивида от микросреды, психоанализ вывел концепцию психической средовой дезадаптации на новый уровень культуры. Тем самым биологические закономерности болезненного процесса были отодвинуты еще на один шаг от причин криминального поведения и отошли на второй план в проблеме оценки психического фактора с позиций вменяемости. По сути, уголовный закон стал гораздо больше интересоваться психическими недостатками, чем душевными болезнями. Психология же, сделав с помощью психиатрии этот шаг в направлении социально девиантного поведения, приблизилась к юриспруденции, возродив концепцию уменьшенной вменяемости, провозглашенную более ста лет тому назад.

В Уголовном кодексе Швейцарии 1937 г. появляется указание: «…если вследствие расстройства душевной деятельности или сознания, или вследствие недостаточного умственного развития преступник в момент совершения деяния не обладал полной способностью оценивать противоправность своего поведения и руководствоваться этой оценкой, суд по своему усмотрению смягчает наказание». Другие страны также вводят соответствующие нормы со своей спецификой. Например, в Дании предпочтение отдается не уменьшению вины, а специфике мер воздействия (лечебно-исправительные учреждения), на Кубе определены границы уменьшения срока наказания (наполовину).

Все эти новации отражают стремление законодателей подходить к оценке вины не только в зависимости от содеянного (возмездие), но и с позиции личности (реабилитация). Допустив в судебную практику специалиста-психолога и позволив ему влиять на решение суда по существу, они преодолели подавляющий примат общественной значимости поступка в пользу оценки личности в целом, что не могло не повлечь за собой и других шагов в направлении либерализации уголовной политики.

Специалист, компетентный в оценке психического состояния человека, слишком приблизился к процедуре определения степени вины, и это заставило менять его процессуальную роль, распространяя на него те нормы, которые призваны гарантировать объективность заинтересованных сторон: соревновательный принцип, непосредственное участие в исследовании доказательств, возможность профессионального выполнения правозащитных функций.

Под влиянием новых идей мировое сообщество, преодолевшее после двух мировых войн национальный снобизм, стало унифицировать законодательство, стараясь найти нормы,

отвечающие общим тенденциям развития цивилизации, и сегодня можно сказать, что они в целом приведены в соответствие с представлениями населения о психическом здоровье человека. Совещание ВОЗ ООН 1975 г. поставило перед уголовной политикой в качестве приоритетной проблему поиска новых принципов лечебно-профилактической помощи криминальному контингенту.

Психиатрическая практика России существенно отличалась от мировой, что было обусловлено спецификой сложившейся исторической ситуации. Уложение о наказаниях Российской Империи ориентировалось на демократические нормы судопроизводства, так что по своей букве оно было близко к принятому в Европе буржуазному мировоззрению как в материальном, так и в процессуальном отношении, но после Октябрьской революции с установлением социалистического строя начался постепенный дрейф судебной психиатрии в направлении обвинения. Сначала это выразилось в административном структурировании процедуры судебно-психиатрической экспертизы. В 1924 г. был создан НИИ судебной психиатрии им. В. П. Сербского, который занял позицию вышестоящей инстанции. С подачи его сотрудников, монополизировавших научную мысль и издательскую деятельность, правозащитная тематика стала исчезать со страниц учебников, пособий, монографий. Достаточно сказать, что в учебнике судебной психиатрии для врачей Н. П. Бруханского, изданном в 1948 г., вообще отсутствует раздел, посвященный гражданско-правовым вопросам психиатрии. И, естественно, уклон в науке не мог не отразиться на практике. Меры медицинского характера по способу их исполнения начали приобретать тюремную специфику, что выразилось в создании специализированных больниц закрытого типа НКВД (позже – МВД).

На этом моменте следует заострить внимание, чтобы понять причины дальнейших изменений уголовно-правовой концепции, бросивших тень на репутацию русской психиатрии и юриспруденции в глазах мирового сообщества. По свидетельству Ф. Кондратьева, занимавшего должность заведующего отделением НИИ им. В. П. Сербского, пресловутые спецбольницы появились в период политических репрессий 30-х гг. в связи с тем, что подозреваемые и обвиняемые по политическим мотивам часто впадали во время следствия в психическое расстройство. Однако поскольку им вменялось в вину распространение политически вредных мыслей, возникла необходимость в их изоляции, дабы воспрепятствовать разлагающему влиянию

чуждой идеологии на окружающих. Сделать это в обычной психиатрической больнице казалось ненадежным, поэтому НКВД принял решение организовать психиатрические учреждения тюремного типа внутри своего ведомства, но с условием выполнять решения суда о применении принудительных мер медицинского характера.

Такая практика способствовала возникновению социального заказа на методологию, а с учетом способов, которыми заказчик имел обыкновение выражать свою волю, смещение акцентов судебно-психиатрической деятельности в направлении полицейских функций становилось почти неизбежным. Более того, процесс превращения защиты прав больного в психиатрический надзор набрал такие темпы, что в послевоенные годы, когда необходимость в исправлении образа мыслей с помощью уголовной политики отпала и государственное давление на судебную психиатрию прекратилось, последняя по собственной инициативе сделала очень рискованный и предосудительный шаг в теории вопроса (он связан с именем А. В. Снежневского).

Так, критерии психического заболевания из сферы психопатологии, где они основывались на биологически обусловленных симптомах, были сдвинуты в сферу психологии с такими присущими ей показателями, как образ мысли, мировоззрение, манера поведения. Вопреки всему миру, где границы диагностики психического заболевания все более жестко отделяли от психиатрии индивидуальное своеобразие характера и личности, в нашей стране инакомыслие стало поводом для предположения о наличии болезненного процесса. Тем самым российская психиатрическая наука по собственной воле создала предпосылки для сохранения репрессивной практики. И хотя число политических диссидентов, способных заинтересовать власти своей активностью, было так незначительно, что непосредственно с ними могли работать столь же ограниченные по составу коллективы врачей, удостоенных особым доверием начальства, последним была создана возможность заниматься такого рода деятельностью, опираясь на теорию и профессиональную мораль, гарантирующие от презрения коллег и осуждения со стороны общественности.

В процессуальном отношении психиатр-эксперт руководствовался не столько Уголовно-процессуальным кодексом, сколько подробной инструкцией Министерства здравоохранения, Прокуратуры СССР, Верховного суда СССР и Министерства внутренних дел. Таким образом, компетенция психиатра-эксперта, обязанного высказываться относительно

наличия или отсутствия вины, фактически вплотную приблизилась к компетенции суда, чего нельзя сказать о правомочиях представителей любых других видов экспертизы. И с учетом вполне понятного стремления суда заслониться от необходимости высказывать собственное суждение в оценке психического здоровья человека мнением эксперта, желание законодателя выделить судебно-психиатрическую экспертизу в процессуальном отношении объяснимо. Поэтому когда факты злоупотребления психиатрией в политических целях стали достоянием мировой общественности, прежде всего возник вопрос, в какой мере они явились следствием несовершенства законодательных установлений, другими словами, до какой степени зависимость эксперта от государства служила нормой его правопослушного поведения.

Отвечая на этот вопрос, можно смело утверждать, что прямого принуждения закон не предусматривал, и если зависимость все-таки возникла, она была сугубо добровольной. Закон же со своей стороны лишь создавал условия для реализации такого рода мотивов, делая «сговор» экспертов против подэкспертного трудно контролируемым из-за искусственно поддерживаемой исключительности их процессуального статуса.

В конце 70-х гг. и теория, и практика отечественной судебной психиатрии пришли в столь явное противоречие с нормами международного права и этикой обращения с психически больными людьми, что ее отношения с мировой психиатрической общественностью были разорваны. СССР официально вышел из созданных под эгидой ООН психиатрических организаций. И лишь после резкого поворота социальной политики России в направлении демократических реформ началось сближение с мировым сообществом и освобождение от административно-догматических стереотипов мышления.

Пациенты спецбольниц, оказавшиеся там, будучи вменяемыми по стандартам международных классификаций психических болезней, были признаны жертвами политических репрессий. Сами спецбольницы прекратили свое существование. НИИ им. В. П. Сербского переведен в статус научно-исследовательского учреждения общих проблем психиатрии. Тем самым наиболее одиозные проявления приверженности судебной психиатрии репрессивной практике морально и политически осуждены. Перед отечественной юриспруденцией открылись перспективы гуманизации и демократизации обращения с психически неполноценным криминальным контингентом.

Гражданское законодательство в отличие от уголовного не торопилось менять свои позиции в отношении психически

больных, предпочитая сохранять административные способы регулирования их имущественных отношений. И хотя в России до конца XIX в. по меньшей мере трижды в правительство направлялись проекты о передаче в компетенцию суда вопроса о назначении опеки, ни один из них не стал предметом более или менее серьезного обсуждения. Критериями для принятия решения по существу, как и прежде, служили признаки сугубо социального свойства: расточительность, угроза разорения семьи, ущерб государству вследствие исчезновения средств из гражданского оборота. При их наличии для назначения опеки довольно было сослаться на факт душевного заболевания, глубина и тяжесть которого специальному исследованию не подлежали. И хотя в 1905 г. судебный департамент Сената установил, что при решении вопроса о назначении опеки над психически больными необходимо комиссионное (не менее трех человек) врачебное освидетельствование и предоставление соответствующих материалов медицинского наблюдения, административные органы не придавали большого значения точности диагностики. Так, некто Долгов был признан недееспособным вследствие «тупоумия».

Более того, русское законодательство тех лет не проводило четкой границы между правоспособностью и дееспособностью. К примеру, Сенат в 1909 г. разрешил спор о действительности акта усыновления, совершенного психически неполноценным лицом, назвав его «спором о правоспособности усыновления». И даже несмотря на то, что действующая норма Свода законов ясно определяла правовое положение лиц, признанных в установленном порядке психически неполноценными, приравнивая их к малолетним, на практике решения принимались исходя из самых разных обстоятельств. Житейские традиции, пропитанные тенденцией видеть в психически больном человеке нежелательного и опасного субъекта, создавали своеобразную инерцию общественного мнения, вынуждающую юристов умалять не только дееспособность, но и правоспособность.

После Октябрьской революции 1917 г. общая тенденция социальной политики, направленная на освобождение людей от гнета материальных расчетов, отразилась и на гражданском законодательстве. Имущественная сторона понятия недееспособности стала уступать место личностной, а в содержании опеки распоряжение средствами подопечного сменилось обеспечением его жизнедеятельности, уходом и заботой.

В новых обстоятельствах, когда опекун ничего не выигрывал

для себя, а опасность корыстного использования факта психического заболевания сводилась к минимуму, административная форма установления недееспособности представлялась тем более целесообразной. Освидетельствование больных осуществлял врачебный отдел при губернском Совете депутатов, для чего назначалась врачебная комиссии в составе трех человек. В число членов комиссии с правом решающего голоса могли входить врачи, приглашенные самим больным или лицами, возбудившими ходатайство об освидетельствовании (родственники, учреждения, где работал обследуемый, союзы, партии, организации и совместно проживающие лица). Врачебный отдел, руководствуясь инструкцией ВЦИК «Об освидетельствовании душевнобольных», принимал решение о признании лица недееспособным, о чем сообщал органу опеки, которым являлся отдел социального обеспечения того же исполкома, и опубликовывал свое решение в печати.

Поначалу в тексте Кодекса законов об актах гражданского состояния, брачном, семейном и опекунском праве РСФСР поводом для признания лица недееспособным называлась чрезмерная расточительность, но в 1926 г. эта формулировка из него была устранена. В основу решения прочно легли медицинский (наличие заболевания) и психологический (способность понимать значение своих действий или руководить ими) критерии при явном преобладании первого, если учесть порядок освидетельствования, полностью находившийся в руках медицинских работников.

И лишь в 1961 г., когда стало очевидно, что советское законодательство пришло в явное противоречие с мировой практикой, Основы гражданского законодательства и Основы гражданского судопроизводства предусмотрели судебный порядок установления недееспособности с закреплением медицинского и юридического критериев как обстоятельств, подлежащих доказыванию. Однако изменение процедуры определения недееспособности никак не отразилось на содержательной части закона. Недееспособность по-прежнему жестко связана с опекой и понимается как юридический факт, означающий лишение гражданина права любого волеизъявления по гражданскому (и уголовному) законодательству. И хотя усложняющаяся хозяйственная жизнь общества настоятельно требует относиться к недееспособности как к юридическому понятию, которое в конкретном случае может быть представлено в большей или меньшей степени, российские граждане по сей день не могут быть признаны частично, временно или специально недееспособными.

Естественно, закон принимает во внимание, что человеку, вступающему в гражданско-правовые отношения, в силу временно протекающих или частично выраженных болезненных расстройств психики может быть трудно вести свои дела разумно. Поэтому суду предоставлено право освобождать от возмещения ущерба, признавать недействительной сделку или акт регистрации брака на том основании, что состояние человека не позволяло ему понимать значение своих действий или руководить ими. Однако в перечисленных случаях факт заболевания не является обязательным. Суд ориентируется на состояние лица, и болезненное расстройство психики – лишь одна из возможных причин утраты дееспособности.

Проблемы ***социального права***, ограниченные поначалу независимостью психической жизни человека и вопросами социального обеспечения, шаг за шагом выходили на уровень гарантий социальной поддержки лиц с ограниченными психическими возможностями, так что сейчас трудно даже представить, каких усилий стоило нашим ближайшим предкам отстоять социальную дееспособность пациента психиатрической службы. Но это было именно так.

Государство во все времена устанавливало социальной дееспособности определенные рамки при появлении признаков психического заболевания. Это и понятно, ибо оно может лишь призывать своих граждан терпимо относиться к сумасбродному поведению таких людей, но не имеет права принуждать к сосуществованию с психически аномальными лицами, нарушающими нормы общежития.

До XIX в., как уже говорилось, вопрос решался довольно просто, ибо объектом психиатрического насилия становились лишь явно безумные или откровенно помешанные лица, не пытавшиеся протестовать против такой практики просто потому, что это не приходило им в голову. Когда же в правовое пространство, охватываемое правилами обращения с умалишенными, стали втягиваться люди всего лишь с психическими недостатками, дискуссии по проблеме ограничения социальной дееспособности переросли в длительную и упорную борьбу за права человека.

Наглядным примером служит процесс миссис Пакард, помещенной в 1862 г. в психиатрическую больницу «за несогласие с мужем» на основании закона штата Иллинойс, по которому «замужняя женщина… может быть помещена в психиатрическую больницу по требованию мужа… без каких-либо признаков, свидетельствующих о помешательстве, которые необходимо представлять в других случаях». Героическая борьба

этой женщины за свои права встретила горячий отклик со стороны общественности и привела к либерализации обращения с больными, как в Америке, так и в других странах.

Период до первой мировой войны прошел в активных поисках формулировок правовых норм, где устанавливались бы правовые запреты, обязывающие воздерживаться от нарушения прав человека на охрану здоровья, порядок применения мер принуждения в интересах больного, неприкосновенность личности при оказании медицинской помощи. При этом полемика велась главным образом вокруг оснований для применения ограничений, т. е. социальной опасности и беспомощности. Ведь было достаточно констатировать их наличие и сопоставить с фактом психического заболевания, чтобы уполномоченные на то органы ввели в действие аппарат принуждения.

Недобровольное помещение в спецбольницу лица, у которого обнаруживались указанные признаки, вменялось в обязанность местным органам исполнительной власти (префекту, главе управы, шерифу и т. п.) с соответствующим контролем судебных органов или без такового. Обращение с больным в психиатрическом учреждении регламентировалось инструкциями департаментов, ведающих здравоохранением. Социальная поддержка регулировалась законодательством об опеке.

Такой порядок был достаточно эффективным, но содержал в себе несколько спорных и сомнительных моментов. В частности, приоритет критерия «социальная опасность», на который можно было опираться независимо от оценки тяжести самого заболевания, создавал сильный соблазн распространить практику обращения с психически больными на все социально опасные элементы общества (не все ли равно, где они находятся – в тюрьме или больнице, лишь бы сохранялся порядок). Благо, антропологическая криминология расширила границы психопатологической диагностики до необозримых пределов.

Подобная практика, подменяющая понятие ответственности принципом социальной целесообразности, к сожалению, имела место и в Европе, и в Америке конца XIX – начала XX в. И даже безусловный авторитет в мировой науке Э. Крепелина послужил для обоснования экспансии психиатрии в вопросы социальной регуляции общественной жизни. В его классификации психических болезней фигурировали «враги общества», «лгуны», «мошенники», а основные положения книги «Отмена меры наказания» (1880 г.) попирали сферу личной неприкосновенности человека во имя сохранения общественного порядка.

Психиатрическая «модификация», «коррекция», «адаптация»

поведения в разного рода центрах по изучению личности человека стала обычным делом до и особенно после первой мировой войны. Дальше всего в этом направлении продвинулась Америка, но и в нашей стране в 30-е гг. правительство ввиду явных злоупотреблений научно не обоснованными методами воздействия на человека было вынуждено запретить подобную деятельность, закрыв Центр психологии преступника и резко осудив педологическую практику в системе образования. Когда же успехи психохирургии, открытие шоковых методов лечения и стремительный рост психофармакологии сделали психиатрическое вмешательство очень грозным, а последствия врачебной ошибки попросту страшными, в обществе зародилось и окрепло мощное антипсихиатрическое движение с категоричным требованием поставить все формы ограничения личной свободы по мотивам психического нездоровья под гласный и законный контроль.

На какое-то время защита граждан от вмешательства в их психический мир выдвинулась в число приоритетных задач правозащитного движения в целом под лозунгом «отменить порядок, при котором ни один восточный сатрап по своей власти над человеком не может сравниться с обыкновенным участковым психиатром». И хотя вторая мировая война поставила перед человечеством более серьезные проблемы, сразу вслед за преодолением послевоенной разрухи дискуссия на эту тему вспыхнула с новой силой. 60-е гг. XX в. прошли под флагом деинституализации (преодоления замкнутости) психиатрической помощи и интеграции психически больных в общество, что позволило сформулировать присущие современной цивилизации принципы обращения с психически больными.

В 80-е гг. прошлого века многие страны Европы и Америки приняли новые законы (Швеция даже дважды) о психиатрической помощи, само название которых не оставляет сомнений в намерениях законодателя. В качестве примера приведем Францию, где в 1990 г., спустя полтора века после появления закона «Об умалишенных», был принят закон «О правах и правовой защите лиц, госпитализированных в связи с наличием у них психических расстройств, а также условий их содержания».

Своеобразным итогом правозащитного движения в разных странах стала резолюция Генеральной Ассамблеи ООН от 17 декабря 1991 г. № 46 «Принципы защиты лиц, страдающих психическими заболеваниями, и улучшения здравоохранения в области психиатрии».

Вот важнейшие из этих принципов:

♦ презумпция психического здоровья лица при его участии в

гражданских правоотношениях;

♦ обеспечение действия норм, устанавливающих гарантии гражданских прав независимо от степени расстройства психического здоровья;

♦ гарантированная доступность психиатрической помощи;

♦ отсутствие дискриминации в специальных нормах, применяемых в отношении психически больных.

В нашей стране административный порядок помещения человека в психиатрическое учреждение вопреки его желанию и использование разного рода ограничений, связанных с фактом психиатрического учета, сохранялся вплоть до 1992 г. В качестве руководства к действию до 1988 г. применялась инструкция Министерства здравоохранения, согласно которой лицо, если оно «нарушает общественный порядок, либо правила социалистического общежития, а также представляет непосредственную опасность для себя и окружающих… и есть основания предполагать наличие душевного заболевания», решением органа здравоохранения при содействии милиции помещалось в психиатрическое учреждение.

Администрация лечебного учреждения, опираясь на заключение комиссии врачей (ВКК), самостоятельно решала вопрос о целесообразности госпитализации, сроке пребывания, характере лечения и возможности выписки пациента.

По сути, на психическую патологию переносились нормы права, предусмотренные Основами законодательства РСФСР о здравоохранении для инфекционных больных, которым также свойственно быть источником социальной опасности. Однако в отличие от инфекций, где этот источник диагностируется микробиологами со стопроцентной объективностью, фактор социальной опасности в состоянии психически больного человека предлагалось оценивать самим врачам по собственному усмотрению.

Попытка реформировать сложившуюся практику, согласно которой врач был обязан делать выводы о том, насколько поведение больного человека «нарушает правила социалистического общежития», была предпринята в 1988 г., когда указом Президиума Верховного Совета СССР было введено в действие Положение об условиях и порядке оказания психиатрической помощи. Оно не сыграло заметной роли, и в 1993 г. ему на смену пришел закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», который существенно изменил ситуацию: *во-первых*, поставил деятельность психиатрической службы при необходимости оказания помощи в недобровольном порядке под контроль суда; *во-вторых*,

установил процедуру доказательства необходимости применения мер психиатрического ограничения волеизъявления; *в-третьих*, гарантировал и конкретизировал право больного отказаться от лечения; *в-четвертых*, исключил возможность недобровольного психиатрического освидетельствования в интересах министерств и ведомств*; в-пятых*, ввел применение судебных мер защиты вместо административной процедуры оспаривания действий должностных лиц.

Согласно новому закону гласность, многочисленность лиц, имеющих право участвовать в рассмотрении вопроса, возможность соревнования заинтересованных сторон, жесткость судебной процедуры призваны гарантировать справедливость и беспристрастность судебного решения, за что человечество борется со времени принятия Закона об умалишенных (1835), обсуждения в 1914 г. первого российского проекта (так и не принятого) законодательства о душевнобольных.

Новейшая история внесла в сферу деятельности судебной психиатрии представления о профессиональной дееспособности в рамках права человека на труд. Речь идет о необходимости судебной защиты права выбора профессии, вида образования, возможности заниматься трудом по собственному усмотрению.

До последнего времени «невозможность надлежащего выполнения трудовых операций в связи с наличием нервно-психических отклонений» и вытекающие из этого профессиональные ограничения не были включены в число обстоятельств, подлежащих судебному рассмотрению. Они, как и прочие болезни, входили в соответствующий перечень заболеваний, утверждаемый правительством в качестве основания для решения медицинских комиссий по профессиональному отбору. Это не вызывало протеста граждан, за исключением редких эксцессов со стороны отдельных людей, как правило, добивающихся профессионального признания вопреки явным противопоказаниям.

Между тем за последние годы фактор психического недостатка как основание для отказа в приеме в учебное заведение, лишения допуска к ряду широко распространенных профессий и даже как повод для увольнения стал использоваться в массовом порядке. Под прикрытием тезиса «оптимизации выбора карьеры» происходит откровенная селекция граждан в интересах работодателя или ведомства, занимающегося образовательной деятельностью, что вызывает заметную социальную напряженность, так как ограничивает социальные перспективы достаточно большого числа людей. А поскольку медицинские критерии, которыми при этом руководствуются, все

больше сближаются с психологией, теряя четкость клинических симптомов, протест общественного мнения выглядит вполне обоснованным. По-видимому, наступает момент, когда административный порядок ограничения профессионального волеизъявления исчерпывает доверие населения; на смену должен прийти судебный способ защиты личных интересов граждан с присущими ему равенством сторон, необходимостью доказывания и экспертным подтверждением объективности оснований для конкретного решения.

Закон о психиатрической помощи свидетельствует, что современная правовая реальность ориентирована на защиту больного от злоупотреблений со стороны других лиц; ее механизм включает в себя два основополагающих компонента: правовой и организационный. Первый складывается из специфики правосубъектности, привносимой фактом психического заболевания, критериев определения последствий совершенных психически больным лицом действий как ничтожных, оснований освобождения от ответственности и видов представительства интересов психически больного лица. Второй компонент предполагает создание новых и совершенствование уже существующих обязанностей учреждений и организаций, призванных оказывать помощь психически больным людям и защищать их интересы, с одной стороны, и общества – с другой.

Вопросы для самостоятельной работы

1. В чем состояли исторические предпосылки перехода от административной регуляции взаимодействия психически больных людей с обществом и государством к судебной?

2. Когда и почему появились юридические критерии оценки психического здоровья в уголовном и гражданском законодательствах?

3. В России закон, регулирующий оказание психиатрической помощи был принят позднее, чем в Европе. Почему?

Рекомендуемая литература

Крафт-Эбинг. Судебная психиатрия. СПб., 1987.

Сербский В. П. Судебная психопатология. СПб., 1995.

Судебная психиатрия / Под ред. Г. В. Морозова. М., 1986.

Судебная психиатрия / Под ред. Б. В. Шостаковича. М., 1997.

Волков В.Н. Судебная психиатрия. М., 1998.

Иванов В.В. Сдебная психиатрия. М., 2000.

Георгадзе З.О., Циргасова З.В. Судебная психиатрия. Пособие для ВУЗов. М., 2002.

Жариков Н.М., Морозов Г.В., Христинин Д.Ф. Судебная психиатрия. М.,2003.

Ткаченко А.А. Судебная психиатрия. М., 2004.

Колоколов Г.Г. Судебная психиатрия. Цикл лекций. М.,2006.

Аргунова Ю. Н. Законодательное регулирование психиатрической помощи во Франции // Независимый психиатрический журнал. 1994, № 1.

Каннабих Ю. История психиатрии. М., 1994.

Кондратьев Ф. Советская психиатрия: секреты перевернутой страницы истории // Рос. юстиция. 1994. № 1.

Кони А. Ф. Собр. соч.: В 8 т. М., 1964. Т. 4.

Ноэм Дж. Психология и психиатрия в США. М., 1984.

Принципы защиты лиц, страдающих психическими заболеваниями, и улучшения здравоохранения в области психиатрии: Резолюция Генеральной ассамблеи ООН от 17 декабря 1991 г. № 46 // Международная защита прав и свобод человека. М., 1998.

Судебная психиатрия: Отчет о совещании рабочей группы ВОЗ. Копенгаген, 1978.

Фуко М. История безумия в классическую эпоху. М., 2000.

Глава 2. Юридические критерии в оценке психических расстройств

1. Роль специалиста в определении правосубъектности по факту психического недостатка

Современная терминология уголовного, гражданского и социального законодательства отличается широкой палитрой психических недостатков, которые являются поводом для обращения к правосудию и заложены в основу гарантий личных прав на социальную поддержку со стороны общества и государства. Но так было не всегда. На протяжении многих веков люди обходились только медицинскими формулировками: «помешанные под закон не подпадают», «аще бесный убьет, невиновен бысть в смерти» и т. п. Иными словами, наличие диагноза признавалось достаточным основанием для того, чтобы вывести человека за рамки правовых отношений. Юристы не вмешивались в ход врачебной (в иное время – церковной) мысли, считая излишним вникать в сферу естественных наук. И лишь со второй половины XIX в. объектом юридической мысли становится не только сам факт заболевания, но и «остаточные силы духа», которые сохраняют человеку частичную способность разумно вести свои дела и удерживать поступки в границах, установленных законом и обычаем.

О культурных (исчезновение общины), политических (отмена привилегий), научно-технических (условия для создания единого информационного пространства), этических (отмена сословных предрассудков) предпосылках усиления внимания к духовной жизни мы уже говорили в первой главе. Будучи вытолкнут из традиционной инфраструктуры ролевых отношений в социальной среде («как колодник в степь»), оставшись один на один с обществом и государством, человек потребовал от закона охраны прав на социальную защиту в обстоятельствах, когда его личные возможности ограничены не внешними запретами, а собственной ущербностью. При этом суть его представлений о социальной справедливости была ясна и понятна окружающим. Естественный опыт сосуществования с психически аномальными, глупыми от природы и выжившими из ума, травмированными, наркозависимыми людьми не оставлял сомнения, что закону действительно необходимо предусмотреть меры, гарантирующие человеку возможность достойного существования, а обществу – защиту от его сумасбродного поведения.

Вместе с тем критерии ***ущерба воли*** были не столь очевидны, как признаки безумия, и традиционные установки на диагноз

мотивов поведения, качественно отличающихся от психологически понятных детерминант, уже не отвечали своему времени. Законодатели стояли перед выбором: а) расширить сферу компетенции врачей в правовом пространстве; б) увеличить полномочия суда в оценке личных (индивидуальных) особенностей человека для конкретного решения; в) ввести в судебный процесс носителей знания о специфике психической средовой адаптации человека.

Каждое решение имело свои плюсы и минусы.

Теоретически социальный заказ был ясен. Понятия об «отсутствии свободного волеизъявления», «невозможности определить свою волю», «дефекте сознания», не позволяющем понимать природу и качество совершаемого деяния, «уменьшении сознания преступности деяния или силы сопротивления соблазну» были сформулированы применительно либо к отсутствию «свободного соизволения для произведения права вследствие безумия, сумасшествия, беспамятства, утраты умственных способностей и рассудка от старости или дряхлости и лунатизма», либо к ущербу такового «вследствие легкомыслия, слабоумия или крайнего невежества». И, казалось бы, врач должен был констатировать первое, а специалисты, занимающиеся личностью, – второе. Оставалось лишь обязать последних потрудиться в интересах правосудия, если бы таковых удалось найти.

К сожалению, психология в то время не владела практическими навыками изучения реального человека, оставаясь частью философии; о социологии вспоминали лишь при необходимости получить данные демографической статистики; педагогика ограничивалась довольно схематичными советами относительно техники обучения и воспитания. Внутренний мир личности, о котором надлежало судить по закону, оставался главным образом предметом литературы с ее созерцательным отношением к жизни.

Юристы постарались внести свою лепту в разработку критериев ущерба воли, но, обладая исключительно гуманитарными знаниями, были вынуждены ограничиться успехами лишь на ниве публицистики и изящной словесности. Наиболее талантливые судебные речи, дошедшие до нас, в прекрасном стиле описывают целую эпоху на рубеже XIX и XX вв., но к науке они, к сожалению, не имеют никакого отношения (например, А. Ф. Кони имел звание профессора изящной словесности).

Единственно надежным источником более или менее достоверных или хотя бы классифицированных знаний была

психиатрия, к которой и обратились ожидания правосудия. Социальный заказ на юридическую оценку психических расстройств любого происхождения был адресован медицине. И та приняла на себя ответственность. Тогда были сформулированы действовавшие до последнего времени правила, в соответствии с которыми при возникновении сомнений относительно психической полноценности человека суды были обязаны руководствоваться, во-первых, медицинским критерием (наличие болезни), а во-вторых, юридическим (психологическим). Тексты законов включали в себя прямые указания на диагнозы: «душевная болезнь», «временное расстройство душевной деятельности», «хроническое душевное заболевание», «слабоумие» и т. п. Судебно-психиатрическая экспертиза занимала привилегированное по сравнению с другими видами экспертиз место в судопроизводстве.

Такое распределение ролей отвечало прежде всего интересам юриспруденции. Признавая болезнь достаточно тяжелой, медицина освобождала правоприменительную систему от забот о человеке: лишала его свободы в стенах собственных учреждений, контролировала реализацию опеки, решала многие вопросы административного регулирования. И хотя юристы сохраняли за собой право относиться к врачебному заключению лишь как к одному из видов доказательств, они охотно уступали врачам примат по существу.

Ситуация двух правосудий (для больных и для прочих граждан), позволявшая юридической антропологии находиться в состоянии анабиоза, тянулась почти сто лет, пока сам ход развития культуры не заставил считаться с изменениями в общественном сознании.

За то время, пока юристы продолжали смотреть на индивидуальные особенности вменяемого и дееспособного человека как на не заслуживающие профессионального внимания судьи, а врачи ограничивали сферу своей деятельности в процессе исключительно мотивациями поведения, качественно отличающимися от нормальных, население многому научилось. XX в. недаром называют ренессансом экзистенциальных отношений, когда люди осознали, что внутренний мир не менее важен и интересен, чем социальная роль, место в обществе и коллективе. Потребность в адаптации к самому себе (когда, убедившись, что бежать от свободы невозможно, люди приняли ее как свершившийся факт бытия) вызвала небывалый рост знания в практической психологии. И, естественно, среди образованных, с точки зрения психологии, граждан появилось множество лиц, не без основания считающих себя жертвами прогресса и

цивилизации в силу ограниченных возможностей, но ни за что не согласных оказаться в руках психиатров, чьи туманные представления о социальной реальности в сочетании с бесцеремонной манерой обращения способны оттолкнуть любого, кто мало-мальски озабочен своим престижем и достоинством. В поисках совета, помощи и лечения они начали активно искать специалистов и нашли их в лице психотерапевтов, психоаналитиков, просто психологов социальной работы, педагогов психологической ориентации.

Обращаясь к покровительству закона или оказавшись перед его лицом по воле обстоятельств, такие люди ожидали, что суд не ограничится признанием отсутствия душевной болезни, а вникнет в их индивидуальные проблемы. И это справедливо, ибо правовое пространство не может сильно отличаться от житейского.

Реальный человек (вместо некоего абстрактного физического лица) все настойчивее заявлял о своем существовании, так что даже авторитарные режимы с их представлениями о правах человека не могли дольше пребывать в границах юридических понятий полуторавековой давности, и законодатель сделал те шаги, которые не мог позволить себе в XIX в.: он ввел в процесс отправления правосудия специалистов в области психической средовой адаптации и расширил полномочия суда в оценке индивидуальных отличий.

2. Современные представления о поле деятельности специалиста в области психопатологии

«*Гражданин, который вследствие психического расстройства не может понимать значения своих действий или руководить ими, может быть признан судом недееспособным…*» (ст. 29 ГК).

«*Сделка, совершенная гражданином, хотя и дееспособным, но находившимся в момент ее совершения в таком состоянии, когда он не был способен понимать значение своих действий или руководить ими, может быть признана судом недействительной…*» (ст. 177 ГК).

«*Требовать признания брака недействительным вправе… супруг… если… в силу своего состояния в момент государственной регистрации заключения брака… один из супругов не мог понимать значения своих действий или руководить ими…*» (ст. 28 СК).

«*Не подлежит уголовной ответственности лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии (?) невменяемости… вследствие… психического расстройства… либо иного болезненного состояния*» (ст. 21 УК).

Вопрос адресован законодателю, который неоднократно подчеркивал, что невменяемость есть юридический статус, признанный судом, а не характер переживаний человека. Тем не менее, терминологическая нечеткость осталась в букве закона, которая предписывает выводить «состояние невменяемости» из «болезненного состояния».

«*Психическое расстройство, не исключающее вменяемости, учитывается судом при назначении наказания….*» (ст. 22 УК).

«*Умышленное причинение тяжкого вреда здоровью… повлекшее за собой… психическое расстройство…*» (ст. 111 УК).

«*Лицо, у которого после совершения преступления наступило психическое расстройство, лишающее его возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими (?), освобождается от наказания… его отбывания*» (ст. 81 УК).

Вопрос адресован законодателю, который предписывает оценивать поведение заключенного, как правило, лишенного возможности вести себя общественно опасным образом. По-видимому, речь должна идти не об «опасных», а о действиях вообще.

Замена термина «душевное заболевание» на «психическое расстройство» и «состояние», казалось бы, не имеет

принципиального значения. Можно подумать, что законодатель просто привел свои формулировки в соответствие с лексикой Всемирной организации здравоохранения, чья классификация так и называется: «Психические и поведенческие расстройства». Однако буква закона отличается от ведомственного языка. Закон, будучи опубликован, имеет тенденцию вступать в противоречие с волей и намерениями своих авторов и начинает жить самостоятельной жизнью в зависимости от того, как его понимает население.

Стремление психиатров общей практики расширить круг обстоятельств, по которым люди могут обратиться за медицинской помощью, вполне объяснимо, так как расширяет сферу оказываемых услуг, и не более. Они предлагают людям помощь не только в случае болезни, но и при «нарушениях психологического функционирования», «снижении продуктивности» и т. п. Это их право.

Законодатель, заменив отраслевую дефиницию «болезнь» понятием «расстройство», вольно или невольно переходит на «расстройство здоровья», что совсем не одно и то же. Как в свое время заметил Конфуций, «болезней тысячи, а здоровье одно». Оно не имеет обязательных атрибутов, с помощью которых медицина очерчивает поле своей деятельности: этиология (причина), патогенез (стереотип развития признаков), семиология (обязательный набор признаков), логика врачебного диагноза. Для юридической оценки состояния здоровья и его отклонений специалисты немедицинских профессий нужны не меньше врачей, так что, хотели бы того юристы или нет, им предлагается шире смотреть на проблему и учиться делать выводы на основании нескольких мнений, полученных от специалистов разного профиля, тем более что по некоторым направлениям законодатель еще дальше уходит от «душевной болезни» к личности человека.

«*Несовершеннолетний, достигший шестнадцати лет, может быть объявлен полностью дееспособным… по решению суда*» (ст. 27 ГК).

«Если несовершеннолетний достиг возраста (уголовной ответственности по данному составу преступления. – Б. А.), но вследствие отставания в психическом развитии не связанном с психическим расстройством, во время совершения общественно опасного деяния не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими, он не подлежит уголовной ответственности» (ст. 20 УК).

«Отставание в развитии» изначально является объектом

изучения психолого-медико-педагогической комиссии, назначаемой государством для установления права ребенка на обучение в специализированных учебных заведениях.

Еще больше стремление законодателя расширить диапазон личностных отклонений, актуальных для оценки юридически значимых психических недостатков, заметно при установлении невиновного причинения вреда.

«Деяние признается совершенным невиновно, если лицо, его совершившее, хотя и предвидело возможность наступления общественно опасных последствий своих действий (бездействия), но не могло предотвратить этих последствий в силу несоответствия своих психофизиологических качеств требованиям экстремальных условий или нервно-психическим перегрузкам» (ст. 28 УК).

В данной формулировке *качества* взаимодействуют с *условиями* в рамках *состояния*. Такая компоновка терминов подразумевалась и в прежних редакциях кодексов, когда речь шла о «состояниях душевного волнения», «состояниях опьянения», «беспомощном состоянии», однако до 1997 г. – исключительно о крайних вариантах, условно приравниваемых к болезни. В соответствующих комментариях они так и назывались – «исключительные состояния». Ныне предмет доказывания сместился в сферы психологии и психофизиологии, где медицина располагает фактами, имеющими значение для дела, но далеко не исчерпывающими.

Готова ли современная психология вкупе с социологией и педагогикой взять на себя всю тяжесть ответственности за экспертные выводы, сказать трудно. Многолетняя монополия психиатров на решение всех вопросов, связанных с необычным поведением, притормозила формирование экспертных навыков у представителей смежных профессий. Скорее всего, потребуется некоторое время, пока правосудие сможет получать не только диагнозы, но и общую картину психической средовой дезадаптации личности, пригодную для установления меры и формы ответственности по взятым на себя обязательствам за деликтное поведение, а также в случаях возникновения права на социальную защиту по факту ограниченных возможностей психики.

Не исключено, что, предвидя неизбежность длительного периода, в течение которого судам придется самостоятельно решать: а) какие факты, доступные науке, охватываются новыми терминами, б) каковы разрешающие возможности отраслевых дефиниций в рамках используемых понятий, в) в какой мере суд может реконструировать термины отраслевых специальных

знаний до уровня феноменов, имеющих значение по делу, законодатель постарался избавить судебное решение от специальной лексики.

Например, ст. 27 ГК об эмансипации вообще лишена каких-либо конкретных указаний («по решению суда»); принудительное помещение в психиатрическую больницу для профилактики социально нежелательных последствий оговорено только терминами дез-адаптивного характера («способность удовлетворять самостоятельно основные жизненные потребности», «непосредственная опасность для себя или окружающих»), а прекращение принудительной меры медицинского характера осуществляется судом в случае такого изменения психического состояния лица, «при котором *отпадает* (курсив мой. – *Б. А.*) необходимость ранее назначенной меры» (ст. 102 УК). Достаточно представить себе, какие аргументы можно противопоставить судебному решению по основанию «*не отпадает*». Однако всякое доверие кроме положительных имеет и отрицательные последствия.

Свободное в своей основе судебное решение позволяет юристам широко привлекать информацию разных наук. Не скованное терминологической догмой, оно открывает дорогу эрудиции, стимулирует соревнование специалистов перед лицом правосудия, позволяет учитывать общественное мнение, раскрепощает суждения и потому безусловно положительно для человека, умеющего самостоятельно мыслить. Но оно же чревато риском безапелляционной неграмотности, особенно в тех случаях, когда деятельность суда «зашторена» от широкой публики – тех зрителей и слушателей процесса, чьи представления о справедливости складываются под влиянием обычая и житейского опыта, так называемой канцелярской тайной. И такие опасения в нашем отечестве (где совсем недавно пришлось уравнять жертвы политических и психиатрических репрессий), юридическая культура которого на протяжении многих лет испытывала сильное влияние бюрократии, не лишены оснований. Достаточно вспомнить, что именно боязнь «суда толпы» заставила советскую власть отказаться от присяжных заседателей и ограничиться институтом заседателей народных, которые вместе с судьей равно решали и вопрос о виновности, и вопрос об уголовной каре. Так что трудно ожидать от нашей судебной системы большого энтузиазма в освоении личностных детерминант за пределами «душевной болезни» для освобождения от ответственности за деликатное поведение или по взятым на себя гражданским обязательствам.

Между тем сама вероятность того, что доводы из сферы

индивидуальных особенностей психики, ограничивающих свободу волеизъявления и способности разумно вести свои дела, прозвучат в зале судебного заседания, уже обнадеживает.

3. Границы понятия «психический недостаток» в современной юриспруденции

Когда слово «психика» соединяется со словом «патология», для этого имеются, как правило, причины социального свойства, так как душевно нездоровым человек бывает только относительно других людей. Последние и задают параметры, в рамках которых отклонения от общепринятых норм могут считаться общественно приемлемыми чудачествами, а вне их – признаками болезни. Обыденная жизнь, не связанная с отправлением правосудия, подтверждает сказанное множеством примеров. Так, школа периода всеобуча распространяла специальные педагогические подходы только на инвалидов и детей с тяжелыми заболеваниями, тогда как педагогическое предпринимательство ввело многоступенчатую шкалу психической неполноценности, оправдывающую разного рода ограничения в сфере образования. Армия, мобилизуя мужчин по закону о всеобщей воинской обязанности, пользуется иными стандартами здоровья, нежели принимая добровольцев по контракту.

Это и неудивительно, ибо сам человек склонен по-разному трактовать свои болезненные переживания в зависимости от того, поступает ли он на работу, вступает в брак, рассчитывает на облегчение труда, претендует на инвалидность или использует страдания для того, чтобы изменить ситуацию в свою пользу. Было бы вернее исходить из предпосылки, что здоровье, особенно психическое, следует рассматривать не как безусловный факт, а как некую абстракцию или ориентир для выбора позиции между человеком и обществом, регулируемой с помощью и при посредстве врача.

Если сопоставить официальные определения психического здоровья, сделанные международными организациями за последние десятилетия, то мы получим несколько разноречивых утверждений, сведенных в одном из документов Всемирной организации здравоохранения от 1994 г. к весьма условной формулировке: «*«Расстройство психического здоровья» не является точным термином, но под ним подразумевается клинически определенная группа симптомов или поведенческих признаков, которые в большинстве случаев причиняют страдание и препятствуют личностному функционированию. Изолированные социальные отклонения или конфликты без личностной дисфункции не должны включаться в группу психических расстройств*». С этих позиций психическая норма может

рассматриваться как некая общая идея, условное обозначение, статистический показатель, максимальный вариант, показатель приспособления к среде, функциональный оптимум.

Для обыденной жизни из сказанного можно извлечь два ориентира: есть *переживание нездоровья*, когда запросы человека к своим возможностям не позволяют ему удовлетворять основные жизненные потребности вследствие биологических нарушений в организме, и *средовая дезадаптация*, делающая человека из-за дефицита приспособительных возможностей лицом, нуждающимся в защите и покровительстве со стороны общества.

Государство тоже имеет свою точку зрения на психическое расстройство как общественно значимую категорию. Она меняется по ходу истории в зависимости от того, какая доктрина (изоляции, защиты личных прав, реабилитации) преобладает в социальной политике.

Судебная психопатология конца XIX в. по сути мало отличается от криминальной психологии. Она до предела насыщена описанием индивидуальных особенностей людей, совершивших то или иное антиобщественное деяние. Литературное мастерство представленных наблюдений выше всякой критики. Образы и сейчас стоят перед нами как живые, не оставляя ни малейших сомнений, кого именно видели в своих больницах или на судебных процессах корифеи того времени. Портреты «патологических лгунов», «мошенников», «морально дефективных лиц» в учебниках Э. Крепелина, Э. Блейлера, Крафт-Эбинга и сейчас могут претендовать на место в криминологической литературе.

С тех пор прошло больше века. Правительства разных стран за это время существенно ограничили возможности насильственного психиатрического вмешательства в частную жизнь людей, обуздав стремление к «коррекции поведения», «превентивному наказанию аномальных», «неоправданному расширению лечебно-исправительной практики», «педологической дифференциации образования» и т. п. Тем не менее, новейшая классификация психических и поведенческих расстройств, принятая в 1987 г. Всемирной организацией здравоохранения ООН, все-таки включает в себя «*патологическую склонность к азартным играм» и «социализированные расстройства поведения*».

В нашей стране реликтовые формы использования психиатрии в целях социальной политики встречаются до сих пор. Например, в детской психиатрии остается «синдром (?!) ухода из дома и бродяжничества».

Лишь к концу XX в. тенденция объявлять все аномальное

патологическим пошла на убыль. В социальной политике возобладала доктрина интеграции в общество каждого, кто в нем проживает (вспомним принципы Всеобщей декларации прав человека и гражданина: свобода, равенство, братство). Сменились акценты и в юриспруденции.

В роли исходного представления о психическом недостатке выступает общечеловечески понятный признак *беспомощности* как потребности в поддержке и защите со стороны общества, государства и права. Иные недостатки (например, морального свойства) правосудие не интересуют, ибо это личные качества, не означающие неравенства гражданина среди соотечественников.

Специфическая черта психопатологической беспомощности состоит в уменьшении, искажении или исчезновении *волеспособности* человека, когда он затрудняется в реализации умысла, что лишает его действия свободы. Причем психопатологическая специфика этого феномена не играет для юриста существенной роли. Будет ли это иное состояние сознания, переносящее мотивы в сферу воображения, утрата мышлением способности соотносить цели поступков с реальными обстоятельствами, появление чуждых личности влечений – в глазах суда они объединены тем, что порождают болезненную мотивацию поведения.

Оказавшись под влиянием неподвластных его сознательной воле сил, беспомощный человек попадает в разряд нуждающихся в социальной защите со стороны государства и социальной поддержке со стороны общества. Он может претендовать на снижение ответственности за действия, которые влекут за собой ее появление, и надеяться на помощь в представительстве своих интересов. Соответственно на него могут распространяться установленные законом социальные ограничения. Рассмотрим психопатологическое содержание этих юридических категорий.

Потребность в **социальной поддержке и защите** возникает как нормальное и обычное следствие ущербности. Уверенность людей в доброжелательном отношении общества и готовности государства защитить человека, попавшего в беду, столь же естественна, как сам способ цивилизованного существования. И мораль, и этика правовой культуры основаны на принципах милосердия, провозглашенных, декларированных и принятых к исполнению мировым сообществом.

Тем не менее, возможности социальной поддержки не безграничны и ее нерациональное использование небезопасно. История знает времена, когда под влиянием христианской церкви некоторые народы пытались расширить благотворительность, вынеся ее за разумные пределы, за что были наказаны. «Язва

нищенства» так подорвала материальные и нравственные устои, что государства вынужденно направили силу принуждения против социально неприспособленных лиц. Потребовалось немало усилий, чтобы уравновесить претензии на общественное милосердие с обязанностью подчиняться разумной воле государственного регулирования. Постепенно установились критерии, определяющие официальный статус лица, нуждающегося в социальной защите.

Из них на первом месте безусловно стоит *невозможность удовлетворять основные жизненные потребности*. И это понятно, ибо угроза физическому существованию в тех случаях, когда человек отказывается от еды, одежды, теряет инстинкт самосохранения, очевидно требует активного вмешательства в его частную жизнь. Хотя из всякого правила есть исключения. Например, юродивый времен Ивана IV (Грозного) Василий, мощи которого были внесены в Покровский храм на Красной площади Москвы, ходил нагим зимой и летом.

Кроме того, закон требует оказать помощь человеку даже вопреки его желанию, когда болезнь угрожает тяжелыми осложнениями или если он не осознает вероятность наступления социально опасных последствий болезненной мотивации своего поведения.

Социальная поддержка выражается в гарантиях неимущественных прав, которые составляют неотъемлемое условие достойного существования (образования соответственно возможностям человека; труд в условиях, свободных от конкуренции; лечение за общественный счет; доступ к благотворителям и т. п.). Круг законов о социальной реабилитации лиц с ограниченными возможностями быстро расширяется, как и поле деятельности юристов в сфере социального обеспечения.

Уменьшение или освобождение от ответственности больных людей – естественная реакция человеческого общества на силы природы, «карающие безумием». Однако, как и в определении меры социальной защиты, законодатель вынужден здесь придерживаться известных границ. Он не вправе принуждать своих граждан к милосердию и заставлять их приносить собственные интересы в жертву высшим идеалам. Это не его задача. Как в свое время заметил Э. Крепелин, обыватель ожидает от государства не гуманизма, а применения мер, гарантирующих его от ущерба со стороны других людей, а преступников или больных – безразлично. Так что праву приходится постоянно соотносить степень и форму ответственности больных людей с готовностью граждан мириться

с фактами непредумышленного поведения, затрагивающего их интересы.

Прибегая к образным сравнениям, представим себе некую исходную точку, где все ясно: тяжелое душевное заболевание освобождает человека от наказания за противоправные действия, но обрекает на длительную и надежную изоляцию от общества в психиатрической больнице (вариант лишения свободы в широком смысле слова), а за действия, влекущие за собой гражданско-правовую ответственность, рассчитывается либо опекун, если таковой имеется, либо сам истец. Чем менее ярко выражена патология, чем дальше случай от исходной точки, тем больше в деянии участвует личность человека, а болезнь теряет свои абсолютно доминирующие позиции. Меняется и содержание ответственности, где начинает возрастать роль возмездия, ориентированного на сознательную волю индивида. Баланс между способами реагирования на социально неадекватное поведение удерживается с помощью категории «юридическая значимость психического недостатка».

Как отметила в своем отчете «Судебная психиатрия» рабочая группа Всемирной организации здравоохранения ООН (Копенгаген, 1978), «*необходимы новые формы сотрудничества между судебными психиатрами и работниками правоохранительных органов с позиций организации лечебно-профилактической помощи криминальному контингенту*». Этот призыв полностью соответствует реальности, так как жесткое деление правонарушителей на больных и здоровых давно исчерпало себя и его единственным следствием оказалось скопление в местах лишения свободы огромного числа лиц, нуждающихся в помощи психиатра.

Сложные пути средовой дезадаптации психически аномальных людей в современном цивилизованном мире привели к необходимости ввести в теорию исправительного права понятие «особый подход». В частности, в Польше «осужденные, требующие *особого подхода* (курсив мой. – *Б. А.*), в связи с отклонениями от нормы в области психики, отбывают наказание в специальных пенитенциарных учреждениях». На Кубе «границы санкции лишения свободы уменьшаются наполовину, если в момент совершения преступления обвиняемый обладал сниженной способностью понимать последствия своих действий или управлять поведением». В нашей стране категория ограниченной вменяемости дает суду право альтернативного применения наказания или принудительного лечения, а также сочетания этих мер в местах лишения свободы.

Параллельно меняются ориентиры и в гражданском

законодательстве, где жесткие установки на отсутствие способности понимать значение своих действий и руководить ими уступает место новому подходу с позиций «свободной основы» в выборе действий или бездействия. Право на отказ от принятых обязательств при совершении сделки, вступлении в брак, увольнении с работы, обмене жилой площади еще связывают по традиции с состоянием психического здоровья, но эта связь носит скорее смысловой, нежели формальный характер. Закон не дает прямых указаний на обязательное присутствие медицинского критерия в мотивах судебного решения. Если же учесть, что варианты злонамеренного введения в заблуждение лица, с которым вступают в гражданско-правовые отношения, с целью лишить его возможности понимать последствия своих поступков специально оговорены отдельными нормами, остается предположить, что законодатель целенаправленно открыл доступ юридической мысли к неболезненным или частично болезненным формам социально неадекватного поведения.

Не будучи скован ссылкой на диагноз, судья имеет возможность принимать во внимание общий уровень развития интеллекта, специфику мышления формирующейся или разрушающейся личности, индивидуальные особенности мироощущения человека. Более того, закон не предусмотрел даже обязательного участия специалистов в судебной процедуре при рассмотрении оспоримых сделок. Он утвердил лишь право истца ходатайствовать о назначении экспертизы, предварительно оплатив работу по ее проведению, не уточняя профессии эксперта (психиатр, психолог, педагог и др.).

Суд обязан анализировать не состояние здоровья, а возможности мышления и воли с учетом всего спектра причин, которые могут ослабить или исключить из поведения эти психические свойства. Аналогично решается вопрос и об освобождении от возмещения ущерба.

Представительство интересов лица с психическими недостатками ассоциируется с процессуальной беспомощностью, затрудняющей возможность лично отстаивать свои интересы.

Когда человек недееспособен, все решается сравнительно просто – за него действует опекун. Однако такие случаи встречаются редко, и больных, не способных понимать значение своих действий, немного, в суд же их проблемы попадают вообще в исключительных случаях. Значительно чаще речь идет об ущербе воли, который ставит человека в невыгодное положение и создает риск злонамеренного использования интеллектуальной несостоятельности, растерянности, отрешенности, внушаемости, импульсивности и т. д. В таких случаях, не отнимая права на

договорное представительство, государство возлагает на своих служащих обязанность выступать в интересах процессуально неприспособленных лиц независимо от того, совпадает ли это с их желанием. Другими словами, речь идет о законном представительстве по факту психического недостатка.

«*Участие защитника в уголовном судопроизводстве обязательно, если… подозреваемый, обвиняемый в силу своих физических или психических недостатков не может самостоятельно осуществлять свое право на защиту*…» (ст. 51 УПК).

Отказ от защитника в случаях, предусмотренных ст. 51 УПК, не обязателен для суда, следователя или прокурора (ст. 52 УПК). Иными словами, суд вправе не признать доказательства следствия, если сомнения в том, что имеющиеся психические недостатки (их перечень и критерии не уточняются) затруднили реализацию права на защиту, представляются существенными. При этом о каких-либо качествах (отсутствии сознания, понимания, способности руководить своими действиями) не упоминается. Остается лишь отметить, что в уголовном процессе адвокат при таких обстоятельствах соединяет свои функции с законным представительством.

«*Прокурор предъявляет или поддерживает предъявленный по уголовному делу гражданский иск, если этого требует охрана прав граждан*…» (ст. 246 УПК).

«*В случаях, когда пострадавший по состоянию здоровья, возрасту или иным причинам не может лично отстаивать в суде свои права и свободы, прокурор предъявляет и поддерживает иск в интересах пострадавшего*» (ст. 27 Закона о прокуратуре).

В гражданском процессе при установлении недееспособности обязательно участие прокурора и представителя органа опеки и попечительства.

Социальные ограничения и государственное принуждение распространяются на людей в тех случаях, когда имеющиеся психические отклонения или расстройства несут в себе угрозу нарушения законных прав других граждан. Здесь есть несколько вариантов.

Некоторые профессии или виды службы, иной деятельности (например, судебные заседатели), а также владение источниками повышенной опасности (личное оружие) или управление ими (автомобиль) не разрешаются по факту врачебного (диспансерного) учета.

Ограничение родительских прав может быть обусловлено наличием психического расстройства, вследствие которого поведение родителя становится опасным для ребенка.

Лишение свободы или ее ограничение в целях принудительного лечения осуществляется в отношении лиц, признанных невменяемыми или неспособными отбывать наказание за уголовное преступление в связи с наличием психического расстройства по факту невозможности осознавать значение своих действий или руководить ими.

Таким образом, даже беглый обзор оснований, по которым юрист обязан предпринимать конкретные действия, убеждает, что «психический недостаток» – понятие не только медицинское или психологическое, но и сугубо правовое. Во многих случаях законодатель не оставил суду прямых указаний на феномен (душевную болезнь, отсутствие сознания и т. п.), наличие которого можно было бы доказать с помощью специалиста и не беспокоиться о деталях. Он лишь наметил контуры судебного решения, очертил рамки, внутри которых можно и нужно исходить из собственных соображений.

Не будет преувеличением сказать, что в судебной психиатрии – дисциплине на стыке наук, – как в капле воды, отражаются проблемы всего океана перестройки общественных отношений. Как своеобразный индикатор, она чутко реагирует на усложнение взаимодействия человека и государства и отмечает шаги, которыми общество движется от «механической солидарности», присущей социализму, к органической солидарности демократического устройства. На наших глазах ее практика, ориентированная на преобладание уголовного права с присущими ему правилами репрессивных санкций, меняется на правила с реституативнымисанкциями, а канцелярский подход к рассмотрению дела со стремлением суда укрыться за спиной экспертного заключения – желанием использовать свободу судебного решения в интересах конкретного человека.

Таким образом, всем ходом истории судебная психиатрия удаляется от клинической медицины в ее традиционном понимании, движется в направлении юридической антропологии с присущими ей представлениями о человеке и его адаптации к обществу и государству. А юриспруденция, долгие годы относившаяся к судебной психиатрии как к области знаний, необходимых для общего развития, но в границы которой проникать не следовало, решительно вступила в необозримое пространство личности, где ей предстоит еще овладеть многими умениями обращаться с человеком не как с абстрактным лицом, а как с живым и реальным индивидуумом.

Вопросы для самостоятельной работы

1. В советском уголовном законодательстве не было категории «вменяемость». Объясните почему.

2. Что такое «уголовно-релевантные состояния»?

3. Когда и почему при отправлении правосудия понадобилась комплексная психолого-психиатрическая экспертиза?

4. Чем отличаются явления, обозначаемые терминами «болезнь», «расстройство», «состояние», когда законодатель кладет их в основу судебного решения?

Рекомендуемая литература

Антонян Ю. М., Бородин С. В. Преступность и психическая патология. М., 1987.

Антонян Ю. М., Гульдан В. В. Криминальная психопатология. М., 1991.

Балабанова Л. М. Судебная психопатология. М., 1998.

Кудрявцев И. А. Судебная психолого-психиатрическая экспертиза. М., 1988.

Ной И. С. Методологические проблемы советской криминологии. Саратов, 1975.

Сахнова Т. В. Экспертиза в суде по гражданским делам. М., 1997.

Глава 3. Право психически нездоровых лиц на социальную защиту и поддержку

В последние годы значительно расширилось поле деятельности юристов в сфере социальной защиты населения, которая выросла на базе социальной защиты. Штатное расписание любого центра социальной реабилитации обязательно включает в себя должность консультанта по вопросам права и ходатая по делам в интересах неприспособленных людей с ограниченными возможностями. И это неудивительно, так как рыночные отношения и примат частного права неизбежно ведут к отказу государства от социальных гарантий, присущих системе государственного распределения и общественного потребления (редустрибтивной). В новых (для нас) условиях негарантированного социального обеспечения появляется множество групп и прослоек маргинальной ориентации, состоящих из людей, «не отвечающих запросам прогресса», которым не по плечу оказывается самая рутинная конкуренция, и потому они нуждаются в поддержке со стороны общества хотя бы для рационального использования имеющегося у них человеческого ресурса.

Нельзя сказать, что эта проблема нашей стране вовсе неизвестна. Русская публицистика конца XIX в. уделяла много внимания «падшим» (как их тогда называли) людям, особо подчеркивая, что речь идет не о людях порочных, а о тех, кто опустился на дно жизни из-за собственной слабости. В подавляющем большинстве «несостоявшихся судеб» им недоставало ума, чтобы принять новый уклад жизни (буржуазный), и воли, чтобы преодолеть иждивенческие настроения. Достаточно вспомнить, что литературное имя М. Горькому сделали персонажи из числа тех, кто по современной терминологии был бы безоговорочно аттестован как бомж. В частности, как отмечал Н. В. Краинский в своей книге, так и названной «Падшие люди», любой из них мог бы быть полезным членом общества, если бы ему указали простую доступную социальную роль. Да и в мировой культуре судьба отщепенцев, которые, «по тем или иным причинам утратив покровительство семьи, оказывались в пространстве между работным домом, ночлежкой и тюрьмой», была если не в центре внимания, то среди насущных проблем социальной политики.

Пролетарская революция 1917 г. вернула нашу страну к незамысловатым правилам социального обеспечения, позволив почти на целый век забыть о существовании социального права как «буржуазного пережитка, недостойного советской юриспруденции». Так что, когда ход событий заставил наше общество считаться с исторической реальностью, в правовое пространство хлынул поток законов, указов и правительственных распоряжений, лишенных общего фундамента, который дают основы отраслевого законодательства. Для успешной работы в социальной сфере современному юристу приходится не только знать, но и трактовать действующие нормы в интересах того лица, на чьей стороне он выступает; уметь склонять на свою сторону тех, кто уполномочен принимать решения на свободной основе, а зачастую и влиять на ход социальной политики с учетом возможностей органов местного самоуправления. И хотя переходный период в жизни нашего государства когда-то закончится, есть все основания полагать, что социальная поддержка и впредь будет требовать от юриста способности инициативно применять свои знания, ибо проблемы людей с ограниченными возможностями вряд ли станут много проще.

Все сказанное относится в первую очередь к людям с психическими недостатками.

Психопатологическая основа поведения чаще всего предполагается, когда человек оказывается вне сферы общественных интересов. Он замыкается в кругу необычных пристрастий, уходит в сообщество отщепенцев, попрошайничает, впадает в зависимость от наркотических средств. Его энергия в стремлении к общепринятым целям, признаваемым достойными и заслуживающими усилий, либо изначально бывает недостаточной, либо угасает по ходу жизни. Он превращается в обузу для сограждан, и закон предусматривает определенные меры, ограничивая свободу людей, чья слабость целесообразно направленной воли дает слишком много места влиянию общественно нежелательных побуждений.

Стиль отношений между государством и людьми, склонными вести асоциальный образ жизни, зависит от многих обстоятельств: установок социальной политики, материальных возможностей общества, моральных устоев. Например, в нашей стране с ее многовековыми традициями паспортного режима до последних лет неразрешалось самовольно покидать место прописки и уклоняться от общественно полезного труда. Тунеядцы преследовались не только административным, но и уголовным законом настолько эффективно, что наказание за социальное бездействие можно было считать воистину

неотвратимым. К тому же факт хронического алкоголизма или наркомании сам по себе служил основанием (при отказе от добровольного лечения) для лишения свободы сроком до двух лет в лечебно-трудовом профилактории Министерства внутренних дел. Не применялись ограничительные санкции лишь к инвалидам и психически больным лицам, состоящим на диспансерном учете. Таким образом, между тяжелой болезнью и преступлением не оставалось социального пространства, в котором могли бы существовать аутсайдеры цивилизации с разного рода психическими недостатками.

Переориентация норм общежития на приоритеты частного права меняет облик отщепенца в глазах государства. Противоправным становится не сам факт общественной бесполезности, а нарушение интересов других людей в связи с таковой (например, вовлечение несовершеннолетних в асоциальный образ жизни, содержание притонов и т. п.). И это понятно, ибо выходить за рамки своей индивидуальной судьбы тем, кто хотел бы жить вне общества, никто не позволял ни раньше, ни теперь. В остальном же государство, признавая за собой недостатки общественного устройства, предпочитает не искоренять бесполезных, а поощрять милосердие по отношению к ним. Тактика безусловно правильная. Еще А. С. Макаренко подчеркивал необходимость такой организации коллектива, которая позволяла бы «чудакам, дуракам, из-за угла мешком прибитым… играть тончайшими гранями человеческой натуры», а С. Куняев со свойственной поэтам проницательностью предвидел необходимость либерализации режима еще задолго до перестройки:

Повымерла эта порода,
Здоровый пошел матерьял.
Но город лишился чего-то
И что-то в лице потерял.

Психологическая особенность людей этой когорты состоит в своеобразном феномене отчуждения, причинами которого выступает слабость социальных потребностей – как врожденная, присущая индивидуальному складу, так и приобретенная в процессе заболевания.

Недостаточность стремлений, побуждающих быть принятым, признанным, приветствуемым (аффилиативных), может окрашивать поведение с детских лет. Как заметил И. М. Балинский, с именем которого связано появление в психиатрической лексике термина «психопат», для такого склада

людей понятия, которые должны быть полны живого чувства, не идут дальше понимания норм этики и морали, удерживаясь в сознании одной лишь памятью, что не может составить противовес эгоистическим устремлениям. Воспитание в таких случаях требует умелого «подтягивания» чувств и мыслей друг к другу для формирования прочных нравственных установок. Если же к ребенку применяют обычные шаблоны, а тем более усиливают дурным и развращающим влиянием слабость его натуры, индивидуализм может быстро перейти в отчуждение, а человек начнет испытывать тягу к субкультурам, построенным на психической ущербности ее носителей.

Утрата эмоционального единения с окружающей социальной средой внешне может выглядеть по-разному: огрубение нравов, расточительность, фанатичная одержимость, социальная запущенность. Однако при всем многообразии форм есть черта, которая их объединяет. Личность теряет связь между эмоциональным (аффилиативным) и осознающим (когнитивным) началами в понимании своей социальной роли. У человека возникают сомнения относительно себя самого, что, по словам известного американского социального психолога Т. Шибутани, ведет к конверсии социальных ролей с последующей подменой прежних стремлений шаблонами асоциального поведения.

Антиобщественные мотивы в природе болезненных переживаний не заложены, хотя никто не отрицает, что пенитенциарные учреждения переполнены лицами с разного рода психическими недостатками. Это означает, что на каком-то этапе своего развития биологическая закономерность смыкается или пересекается с социогенезом личности, порождая враждебность к окружающему миру. Причем стоит присмотреться к судьбе отдельных людей, чтобы стало совершенно очевидным: истоки антисоциального поведения в таких случаях обычно не связаны с конкретной фигурой обидчика или фактами жестокого и немилосердного обращения (хотя и не исключено, что они имеются). Однако истинной причиной трансформации психической аномальности в антиобщественную волю является равнодушная цивилизация, ее малозаметное, но постоянное давление на человека, не способного противостоять социальной стихии, прикрытой формами организованного поведения.

Тем самым общество, защищая людей с психическими недостатками от террора среды и произвола системы, действует не только гуманно, но и целесообразно.

1. Опека

Психическая болезнь, меняя характер отношений человека с его социальным окружением, обязательно в той или иной мере сказывается на его способности рассудительно вести свои дела. Уход в мир своих переживаний, гротескная переоценка обыденных обстоятельств, повышенная зависимость от окружающих, возможно, преследующих корыстные цели, или, напротив, враждебность к доброжелательно настроенным близким – все это создает множество ситуаций, в которых общество и государство обязаны взять на себя заботу о правовом статусе душевнобольного и сделать это в форме, гарантирующей сохранность его законных интересов. Другими словами, определить специфику его правовой дееспособности.

Понятие правоспособности дается в ст. 17 ГК: это способность иметь гражданские права и нести обязанности, которая признается в равной мере за всеми гражданами с момента рождения и прекращается смертью. В содержание правоспособности ГК включает возможность иметь имущество на праве собственности, наследовать и завещать его, заниматься любой не запрещенной законом деятельностью, создавать юридические лица самостоятельно или совместно с другими гражданами и юридическими лицами, совершать любые не противоречащие закону сделки и участвовать в обязательствах, избирать место жительства, обладать правами авторов произведений науки, литературы, искусства, изобретений и иных охраняемых законом результатов интеллектуальной деятельности, иметь иные имущественные и личные неимущественные права.

Правоспособностью как предпосылкой для осуществления своих прав наделены все граждане. Она неотчуждаема. Никто не может быть ограничен в правоспособности иначе, как в случаях и в порядке, предусмотренных законом. Например, граждане, лишенные родительских прав, не могут наследовать имущество детей; опекуны и их близкие родственники не вправе совершать сделки с подопечными и т. п.

Психическая болезнь не ограничивает правоспособности, но может препятствовать ее превращению в конкретное субъективное право.

Дееспособность – это способность гражданина своими действиями приобретать и осуществлять гражданские права, создавать для себя гражданские обязанности и исполнять их (ст. 21 ГК). В полном объеме она наступает в возрасте

совершеннолетия (за исключением случаев досрочного ее предоставления, специально оговоренных законом). Никто не вправе отказаться от дееспособности (ст. 22 ГК). Дееспособность любого гражданина, в том числе психически больного, презюмируется; она не нуждается в подтверждении до того момента, пока не вступит в силу судебное решение о признании лица недееспособным.

Все недееспособные лица правоспособны, но, с одной стороны, на них, распространяются установленные законом ограничения, а с другой – им предоставляются дополнительные права и социальные преимущества. Наравне с дееспособными лицами они обладают правами, для приобретения и осуществления которых не обязательно личное участие[1]: право на жилплощадь, имущество, наследство, алименты, пенсию и др. Обычно эту группу правомочий составляют права, возникающие у гражданина с момента рождения. Ограничения касаются лишь тех прав, которые требуют исключительно личного участия: способности вступать в брак, быть доверителем, воспитывать детей, участвовать в общественных объединениях, заключать трудовой договор и др. Это и понятно, ибо неспособность осознавать значение своих действий или руководить ими исключает возможность принятия разумного решения.

Дополнительные права недееспособных граждан вытекают из обязательств государства по осуществлению опеки над ними, по оказанию медицинской помощи. Действующее законодательство предусматривает также ряд льгот, исходя из специального правового статуса психически больного гражданина. Тем самым одни права в составе правоспособности недееспособного предусмотрены в полном и даже увеличенном объеме по сравнению с остальными гражданами, другие – в ограниченном, а третьи вообще не могут возникнуть в силу прямого указания в законе.

Наука гражданского права в понятие дееспособности включает способность: а) приобретать своими действиями права и обязанности; б) осуществлять своими действиями права и обязанности; в) нести ответственность за совершение недозволенных действий.

В гражданском же процессуальном праве дееспособность трактуется как способность осуществлять свои права в суде и поручать ведение дела представителю.

Лишение гражданина дееспособности серьезно изменяет его правовой статус и должно иметь убедительные основания.

В первых советских гражданских кодексах еще сильно сказывалось влияние российских законодательных традиций. В

частности, там утверждалось, что «лица совершеннолетние могут быть надлежащими учреждениями объявлены недееспособными:

♦ если они вследствие душевной болезни или слабоумия не способны рассудительно вести свои дела;

♦ если они чрезмерной расточительностью разоряют находящееся в их распоряжении имущество» (ст. 8 ГК РСФСР 1922 г.).

Нетрудно заметить, что в данном случае указано два вида недееспособности, один из которых связан с психической болезнью, а другой определяется только отношением к имуществу. Причем за расточителями сохранялись права добывать себе трудом средства к жизни, самостоятельно распоряжаться полученной зарплатой, с согласия опекуна совершать любые сделки, а также обязанность нести ответственность за причиненный вред. По сути, речь шла лишь об ограничении дееспособности.

От недееспособности расточителей в РСФСР отказались в 1926 г., введя понятие ограниченной дееспособности лиц, которые вследствие злоупотребления алкоголем ставят свою семью в материально затруднительное положение. Полное отсутствие дееспособности стали признавать лишь за душевнобольными и слабоумными, «не способными рассудительно вести свои дела».

До 1994 г. медицинский критерий недееспособности соблюдался достаточно строго, он претерпел лишь незначительные изменения (в частности, термин «душевнобольной» был заменен на «страдающий хроническим психическим заболеванием», что, в общем-то, не имело существенного значения).

Статья 29 ГК РФ 1994 г. прозвучала в новой редакции: *«Гражданин, который вследствие* ***психического расстройства*** (выделено мной – *Б. А.) не может понимать значения своих действий или руководить ими, может быть признан судом недееспособным в порядке, установленном гражданским процессуальным законодательством».*

В соответствии со ст. 282 ГПК в заявлении о признании гражданина недееспособным должны быть изложены обстоятельства, свидетельствующие о психическом расстройстве, вследствие которого лицо не может понимать значение своих действий или руководить ими, а также доказательства, подтверждающие изложенные обстоятельства (выписки из истории болезни, выданные в установленном порядке; медицинские справки о черепно-мозговых травмах, врожденных умственных недостатках; материалы следственных органов;

заявления граждан о совершении лицом поступков, вызывающих сомнение в его психической полноценности, и т. п.).

Судья в порядке подготовки дела к судебному разбирательству при наличии достаточных данных о душевной болезни или слабоумии гражданина назначает для определения его психического состояния судебно-психиатрическую экспертизу. В исключительных случаях, при явном уклонении лица, в отношении которого возбуждено уголовное дело о признании его недееспособным, от прохождения экспертизы, суд в судебном заседании с участием прокурора и психиатра может вынести определение о принудительном направлении гражданина на судебно-психиатрическую экспертизу (ст. 283 ГПК). Медицинское заключение, поступившее в суд из психиатрической больницы и констатирующее стойкое тяжелое хроническое психическое заболевание лица, не является документом, делающим ненужным назначение экспертизы.

Порядок назначения и проведения судебно-психиатрической экспертизы регулируется ст. 79–87, 96, 171, 187, 188 ГПК. Перед экспертами должны быть поставлены два вопроса: страдает ли данное лицо психическим расстройством и может ли оно понимать значение своих действий или руководить ими? Экспертная оценка проводится с учетом как клинических показателей (характера клинических расстройств, особенностей динамики процесса, глубины негативных изменений), так и особенностей социальной и трудовой адаптации. Недопустимо в заключительной части акта экспертизы указывать, что испытуемый является дееспособным или недееспособным, поскольку решение этого вопроса относится исключительно к компетенции суда, а не экспертов.

Характер данного вида судопроизводства не предусматривает встречного иска, но если лицо, в отношении которого рассматривается вопрос, считает, что имеет место злоупотребление со стороны заявителя, он может воспользоваться правами, предоставленными ГПК лицам, участвующим в деле (правом заявлять ходатайство, задавать вопросы лицам, участвующим в деле, экспертам и др.).

Законодатель предусматривает ряд гарантий защиты прав лица, в отношении которого рассматривается вопрос о признании его недееспособным. Во-первых, это обязательное проведение судебно-психиатрической экспертизы. Во-вторых, непременное участие в судебном разбирательстве прокурора и представителя органа опеки и попечительства.

Признание гражданина недееспособным означает, что государство берет на себя обязанность организовать его

жизнедеятельность, ибо сам он разумно делать это уже не в состоянии. О больном человеке, не способном правильно понимать значение своих действий или руководить ими, необходимо заботиться в самых обыденных обстоятельствах, и делать это нужно повседневно. Ведь в отличие от попечительства, когда здоровые люди лишь помогают воплотить в реальные действия волю больного, опекуну самому приходится принимать решения за подопечного. Естественно, что такую задачу может выполнять далеко не каждый совместно проживающий с психически больным человеком. Поэтому опека назначается лишь с согласия лица, которое будет выполнять функции опекуна.

Подбором опекуна, способного успешно выполнять возлагаемые на него обязанности, занимаются органы опеки и попечительства. Они подготавливают материалы, необходимые для назначения опекуна, освобождения его или отстранения от выполнения возложенных обязанностей; дают предварительное разрешение для совершения от имени подопечного сделок в предусмотренных законом случаях; ведут учет лиц, в отношении которых установлена опека или попечительство; в законном порядке осуществляют защиту личных и имущественных прав и интересов подопечных в случае использования опекуном своих прав в корыстных целях, а также в случае оставления подопечного без надзора и необходимой помощи; участвуют в судах по делам подопечных в предусмотренных законом случаях; осуществляют надзор за деятельностью опекунов и попечителей, оказывают им помощь в организации медицинского наблюдения и в трудоустройстве подопечных; привлекают общественность к участию в своей работе; рассматривают предложения, заявления и жалобы граждан по вопросам опеки и попечительства и принимают по ним необходимые меры; выявляют душевнобольных и слабоумных лиц, нуждающихся в установлении над ними опеки; оказывают необходимую помощь до установления опеки лицам, признанным судом недееспособными вследствие психического расстройства; осуществляют устройство таких лиц в психиатрические или психоневрологические учреждения; возбуждают в судах дела о признании гражданина недееспособным, выздоровевшего – дееспособным, брака – недействительным (в интересах недееспособного лица) и т. д. в соответствии с нормами закона «Об опеке и попечительстве».

Реализуя свои полномочия, органы исполнительной власти могут создавать на базе психоневрологических диспансеров комиссии по опеке, предоставляя им право пользоваться собственной печатью, штампом. Комиссия состоит из

председателя (главный врач учреждения), врача-психиатра и среднего медицинского работника, выполняющего функции секретаря комиссии. Нередко для удобства работы в крупных диспансерах создается кабинет социальной помощи больным, способствующий решению текущих практических задач по назначению опеки и контроля за ее осуществлением.

В соответствии с ГК суд со времени вступления в силу решения о признании гражданина недееспособным обязан в течение трех дней сообщить об этом органу опеки и попечительства, а последний – назначить опекуна не позднее одного месяца, исчисляемого с момента, когда ему стало известно о необходимости установления опеки (ст. 35 ГК). Если лицу, нуждающемуся в опеке, в указанный срок не назначен опекун, исполнение обязанностей последнего возлагается на орган опеки и попечительства.

Опека над психически больным человеком назначается по месту его жительства, однако если по каким-либо причинам больной находится вне постоянного места жительства, опека может быть установлена по месту его фактического проживания.

Выбор и назначение опекуна относятся к наиболее ответственным и весьма непростым в социальном и психологическом отношении задачам комиссии по опеке. Совместное проживание с психически больным создает множество житейских проблем, хлопотно в бытовом отношении и далеко не всегда вполне безопасно. Кроме того, нужен известный навык в обращении с нездоровым человеком, опыт применения психотропных лекарств и знание симптомов заболевания, требующих своевременного врачебного вмешательства. Естественно, что легче и лучше с проблемами ухода справляются ближайшие родственники больного, тем более что на их стороне бывают и личные привязанности подопечного, во многом облегчающие уход за ним.

В случаях, когда среди возможных кандидатов на опекунство нет близких родственников, предпочтительнее выбрать опекуна из числа социально положительных, опытных и медицински грамотных людей, изъявивших желание взять на себя эти функции. Однако при назначении следует внимательно проанализировать побуждающие мотивы. Чаще всего личная заинтересованность опекуна объясняется возможностью улучшить свои жилищные условия за счет подопечного или использовать полагающиеся опекуну средства от распоряжения его имуществом. Сами по себе такие соображения вполне естественны, по-житейски оправданны и не могут служить препятствием для честного выполнения опекунского долга. Тем

не менее, личность опекуна следует хорошо изучить, чтобы предотвратить возможность корыстного использования предоставленных ему прав. Опекунами не могут назначаться несовершеннолетние, лица, лишенные родительских прав, признанные судом недееспособными или ограниченно дееспособными (ст. 35 ГК).

Кроме того, при выборе опекуна должны быть приняты во внимание его личные качества, способность к выполнению обязанностей, отношения, существующие между ним и лицом, нуждающимся в опеке, а также, если это возможно, желание подопечного. На практике учитываются еще и состояние здоровья будущего опекуна, его имущественное положение, состав семьи и другие обстоятельства, помогающие органу опеки сделать вывод, может ли этот человек справиться с возлагаемыми на него обязанностями.

Назначение опекуна или попечителя может быть обжаловано в суде заинтересованным лицом.

В ст. 36 ГК говорится, что обязанности по опеке выполняются безвозмездно. Содержание подопечного осуществляется за счет его имущества, пенсии, пособия и др. Имущество передается опекуну по описи, а документы – под расписку. Статья 38 ГК предусматривает доверительное управление недвижимым и ценным движимым имуществом подопечного.

Осуществление опекунских обязанностей начинается с момента вынесения органом опеки и попечительства постановления о назначении опекуна. Последнему выдается опекунское удостоверение сроком на один год. В дальнейшем опекунские полномочия подлежат ежегодному подтверждению.

Являясь законным представителем подопечного, опекун имеет право совершать все действия и сделки, которые тот мог бы совершить, будучи дееспособным. Однако есть ряд ограничений, предусмотренных законом в интересах душевнобольного и для предупреждения злоупотребления опекуном своими обязанностями. В частности, опекуну не разрешается совершение сделок с подопечным, заключение от его имени договора дарения, представление подопечного при заключении сделок или ведении судебных дел между ним и супругом или другими близкими родственниками опекуна (ст. 37 ГК).

В ряде случаев опекуну требуется предварительное разрешение органа опеки: для совершения сделки по отчуждению, в том числе обмена или дарения имущества; сдачи его в наем (поднаем), в безвозмездное пользование или в залог, влекущие отказ от принадлежащих подопечному прав; раздела имущества или выдела из него доли; любые другие сделки,

влекущие за собой уменьшение имущественных прав недееспособного лица.

В остальном опекун полностью определяет образ жизни подопечного в рамках имеющихся возможностей. Он обязан кормить и одевать его, расходуя средства, которыми тот располагает (как правило, довольно ограниченные). При отсутствии достаточных средств на содержание больного органы опеки и попечительства назначают единовременное пособие.

Опекун душевнобольного кроме прочих своих обязанностей должен следить за осуществлением над подопечным постоянного медицинского наблюдения, заботиться о состоянии его здоровья, обеспечивать необходимый уход и нормальные бытовые условия. С учетом способностей и возможности подопечного работать опекун организует его надомный труд.

Опекун обязан контролировать поведение подопечного, предупреждая совершение последним правонарушений, за которые в случае причинения вреда имуществу или здоровью какого-либо лица опекун несет ответственность. Появление социально нежелательных поступков в поведении подопечного, самовольные отлучки, побеги и тому подобные действия свидетельствуют об ухудшении здоровья. В этих случаях опекун должен немедленно ставить в известность лечащего врача подопечного, который принимает необходимые меры, в том числе помещение больного на стационарное лечение.

Ненадлежащее выполнение опекунских обязанностей может стать основанием для отстранения опекуна (ст. 39 ГК). Причем в случаях оставления подопечного без надзора, необходимой помощи, извлечения материальной выгоды из его имущества, приобретения иных льгот и выгод имущественного характера органы опеки и попечительства обязаны передать прокурору необходимые материалы о привлечении виновного лица к ответственности в установленном законом порядке (в частности, ст. 124 УК, предусматривает наказание за оставление в беспомощном состоянии).

Злоупотребление обязанностями опекуна чаще всего становится возможным, когда отсутствует надлежащий контроль со стороны органа опеки и попечительства. С целью исключения подобных ситуаций как в процессе осуществления опекуном своих обязанностей, так и до назначения опеки указанная комиссия должна не только полагаться на материалы, предоставляемые ей лицами, заинтересованными в судьбе психически больного человека, но и проявлять собственную инициативу.

Контроль за осуществлением опеки помимо комиссии психоневрологического диспансера возлагается на

административные и правоохранительные органы.

Деятельность по опеке самих отделов здравоохранения должны активно контролировать правоохранительные органы. Особенно внимательно следует относиться к сигналам, поступающим в прокуратуру от общественных организаций и граждан. Речь идет, прежде всего, о тех случаях, когда опекунские обязанности возлагаются на медицинских работников психоневрологических учреждений или их ближайших родственников. В таком назначении опекуна нет нарушения закона, и с точки зрения житейской целесообразности оно вполне оправданно, ведь медицинский работник, особенно врач, имеет навыки обращения с психически больными людьми. Однако сосредоточение профессиональных полномочий и опекунских обязанностей у одного человека создает дополнительные возможности ущемления прав подопечного.

Например, заведующий отделением психиатрической больницы может, злоупотребляя своим положением, годами держать подопечного в стационарных условиях, полностью распоряжаясь его имуществом и пособием, тогда как именно ему по должности следовало бы обратиться в орган опеки с жалобой на уклонение опекуна от своих обязанностей. Здесь отсутствие контроля со стороны отдела здравоохранения за подобным осуществлением опеки заведующим отделением делает невозможным защиту интересов подопечного. Следовательно, ведомственный подход к выполнению контрольных функций не всегда гарантирует защиту прав недееспособного гражданина, и потому необходимы контроль общественных организаций и прокурорский надзор.

2. Гражданская правосубъектность дееспособных лиц с расстройствами психического здоровья

Еще сложнее обстоит дело с защитой прав и охраняемых законом интересов психически больных людей, чье заболевание длилось недолго и отразилось лишь на отдельных видах правоотношений. Иначе говоря, когда нет оснований для признания гражданина недееспособным, но есть причины оспаривать правовые последствия действий, совершенных в болезненном состоянии, и ходатайствовать об освобождении от ответственности за неправильные действия.

Гражданский кодекс 1922 г. разграничивал недееспособных на две группы: полностью лишенных дееспособности и временно находящихся в состоянии, препятствующем разумно вести свои дела. Это позволяло использовать представления о временной недееспособности. Ныне действующее законодательство такой возможности не дает. И хотя в литературе по судебной психиатрии и гражданскому праву на протяжении последних двадцати лет идет неослабевающая дискуссия о целесообразности введения категорий «ограниченная» или «специальная» недееспособность (дееспособность), отсутствие четкой правовой регламентации по-прежнему вызывает затруднения при разрешении конкретных споров, возникающих в сфере гражданских, семейных, жилищных и трудовых отношений.

В частности, можно выделить несколько групп граждан по признаку правосубъектности, привнесенной фактом расстройства психического здоровья:

♦ признанные по суду недееспособными;

♦ психически больные и слабоумные люди, не признанные судом недееспособными лишь потому, что вопрос о признании их таковыми не ставился;

♦ лица, которые в силу временного расстройства психики или ухудшения состояния в результате прогрессирования хронического заболевания утратили способность понимать значение своих действий или руководить ими на более или менее короткий отрезок времени;

♦ душевнобольные, способные правильно понимать значение своих действий и руководить ими.

Кроме лиц, указанных в первой группе, все остальные считаются дееспособными, пока судом не будет установлено иное. Они являются субъектами гражданского права и могут

совершать действия, имеющие гражданско-правовые последствия. Действие, которое чаще других встречается в повседневной жизни, регулируемой гражданским законом, – **это заключение сделок.** *«Сделками признаются действия граждан… направленные на установление, изменение или прекращение гражданских прав и обязанностей»* ст. 153 ГК. Понятие, надо заметить, весьма широкое. С одной стороны, мы постоянно вступаем в отношения, подразумевающие взаимные обязательства и находящиеся под правительственным социальным контролем, хотя и не оформляем их надлежащим образом, а порою даже не задумываемся о необходимости такого оформления. С другой стороны, большинство гражданских актов, когда гражданин вступает в официальные отношения с теми или иными юридическими или физическими лицами, по сути своей также могут считаться разновидностью сделки. Поэтому условия законности сделки вольно или невольно распространяются на иные отраслевые нормы как обстоятельства, на которые можно ориентироваться, принимая судебное решение.

В соответствии со ст. 29 ГК от имени недееспособного лица сделки совершаются опекуном. Если же недееспособный гражданин совершит сделку самостоятельно, она признается недействительной с момента ее совершения, т. е. ничтожной. К ней применяется правило о двусторонней реституции (ст. 171 ГК). Если же дееспособная сторона знала или должна была знать о недееспособности другой стороны, то она возмещает последней возникшие расходы, утрату или повреждение ее имущества.

Возможность заключения сделок психически больным лицом, не признанным в установленном порядке недееспособным, закон не ограничивает. Однако если в момент совершения сделки гражданин находился в состоянии, которое препятствовало ему понимать значение своих действий или руководить ими, сделка может быть признана недействительной (ст. 177 ГК). Суд вправе принять такое решение по иску самого гражданина или иных лиц, чьи права или охраняемые законом интересы оказались нарушены в результате ее совершения.

Здесь обратим внимание на два немаловажных момента, обусловливающих специфику применения данной статьи на практике. Во-первых, в отличие от сделки, совершенной недееспособным лицом, которая признается ничтожной, сделка, совершенная в состоянии, препятствующем понимать значение своих действий или руководить ими, является оспоримой. Во-вторых, в ст. 177 ГК отсутствует прямое указание на болезненную природу «состояния». Это термин не медицинский, и законодатель использует его для обозначения явлений разного

рода. Например, уголовное право упоминает о «состоянии сильного душевного волнения», имея в виду крайние варианты физиологической и психической нормы, граничащие с пределами обычных человеческих возможностей регулировать свое поведение.

Гражданский закон не содержит подробного перечня конкретных состояний, в связи с чем суду приходится руководствоваться общими принципами права и руководящими разъяснениями Верховного суда РФ, где, в частности, говорится: «…во всех случаях, когда по обстоятельствам дела необходимо выяснить психическое состояние лица в момент совершения им определенного действия, должна быть назначена судебно-психиатрическая экспертиза, например, при рассмотрении дел о признании недействительными сделок по мотиву совершения их гражданином, не способным понимать значения своих действий или руководить ими»[2].

Инициатива обращения в суд с исковым заявлением о признании сделки недействительной принадлежит лицу, которое ее заключило, или лицам, чьи охраняемые законом интересы были ею ущемлены. При этом истец обязан доказать наличие состояния, препятствовавшего ему понимать значение своих действий или руководить ими при ее заключении. Для этого он обращается в суд с ходатайством о назначении судебно-психиатрической экспертизы, заранее оплачивая ее проведение (ст. 96 ГПК). Круг вопросов, подлежащих экспертному изучению, определяет судья с учетом мнения сторон (ст. 79 ГПК).

Отметим также, что ст. 177 ГК специально не оговаривает случаи, когда в защиту интересов граждан с целью признания сделки недействительной выступают другие лица, не имеющие прямой материальной заинтересованности. Здесь следует руководствоваться общим правилом гражданского процессуального права, согласно которому органы государственной власти, органы местного самоуправления, организации или граждане вправе обращаться в суд в защиту интересов других лиц. Применительно к психически больным людям речь идет в первую очередь о психиатрических учреждениях и органах опеки и попечительства, куда могут обратиться родственники и иные лица в поисках социальной защиты. Участие этих инстанций в процессе не является представительством, так как они наделяются более широкими полномочиями (ст. 46 ГПК).

Наследование имущества по завещанию или по закону относится к действиям, которым психическое расстройство не препятствует, ибо личного участия не требует. Вопрос может

возникнуть в случае отказа от наследства, что по сути является односторонней сделкой и может быть оспорено по мотиву неспособности больного понимать значение своих действий или руководить ими.

Составление завещания значительно чаще вызывает споры относительно способности завещателя действовать по собственной воле. В качестве гарантии здесь обычно выступает процедура совершения нотариального действия, требующая выяснения дееспособности завещателя (ст. 43 Основ законодательства РФ о нотариате). При возникновении сомнений в дееспособности завещателя нотариус вправе отложить удостоверение завещания на срок, предусмотренный ст. 41 Основ, уведомив при этом о своих предположениях одно из лиц или организаций, которые вправе ставить перед судом вопрос о признании гражданина недееспособным.

Согласно общему правилу завещание, как и любое действие, требующее личного участия, считается недействительным, если будет доказано, что завещатель на момент его составления был признан судом недееспособным.

Подробнее рассмотрим такую особенность в практике составления завещаний, как их утверждение медицинскими инстанциями. К нотариально удостоверенным приравниваются завещания граждан, находящихся на излечении в лечебно-профилактическом учреждении, удостоверенные главврачом, его заместителем по медицинской части или дежурным врачом. Это действие может быть продиктовано жизненной необходимостью, и возможность его совершения должна быть предоставлена гражданам в исключительных обстоятельствах. Однако не следует забывать, что психиатрическое лечебное учреждение имеет право возбуждать в суде дело о признании гражданина недееспособным, поэтому должностное лицо, удостоверяющее завещание, должно быть уверенным, что завещатель – душевнобольной человек – в момент составления завещания мог понимать значение своих действий или руководить ими.

Вступление в брак представляет собой юридический факт, направленный на создание семьи и возникновение у супругов семейных прав и обязанностей. Естественно, что психическая болезнь может существенно влиять на их содержание (препятствовать заключению брачных отношений, снимать с одного из супругов определенные обязанности и, напротив, быть причиной появления новых, связанных с заботой о достойном содержании больных членов семьи).

Так, по Кодексу законов о браке, семье и опеке РСФСР 1926 г. не подлежали регистрации браки между лицами, из которых хотя

бы одно было признано душевнобольным или слабоумным. В дальнейшем факт заболевания, констатированный исключительно в форме диагноза, справедливо посчитали недостаточным основанием для лишения прав, и в последующие редакции КоБС вошли положения о юридических критериях в оценке состояния психического здоровья.

Законодательство о браке и семье не стало вводить собственные понятия право- и дееспособности, а заимствовало их из гражданского права с учетом специфики семейных отношений. За основу была взята концепция: заключение брака есть свободное действие, требующее личного участия гражданина. Многообразные случаи семейных споров разделились на две сферы правоприменения: брачные отношения с недееспособным лицом и с тем, кто в силу психического заболевания не был свободен в выборе поступков, т. е. не понимал значения своих действий или не мог руководить ими.

Вступление в брак недееспособного лица нарушает условия заключения брака и ведет к признанию его недействительным, даже если в момент его заключения человек находился в состоянии, фактически позволявшем ему понимать значение своих действий (например, в период ослабления болезни). В таком случае закон ориентируется на ранее принятое судебное решение и прямо указывает на недопустимость данного акта гражданского состояния (ст. 14 СК).

Может оказаться, что человек, добровольно вступивший в брак, находился в состоянии, препятствовавшем ему понимать значение своих действий или руководить ими. Такие случаи в психиатрической практике встречаются, когда болезнь протекает в скрытой форме, делая нелепыми не отдельные поступки или высказывания, а весь смысл поведения, намерения, цели, мотивы. Тогда по прошествии болезненного периода у гражданина появляется вполне понятное стремление обратиться к правосудию с иском о признании недействительными поступков, обусловленных психической аномалией.

Семейное законодательство устанавливает, что брак может быть признан недействительным, если субъект в силу болезненности состояния не мог выразить своего согласия на брак добровольно, так как не понимал значения своих действий или не мог руководить ими.

У лиц, состоявших в браке, признанном недействительным, никаких прав и обязанностей супругов не возникает, однако признание брака недействительным не влияет на права родившихся в нем детей. Оспаривание записи об отцовстве и материнстве лиц, брак которых был признан недействительным,

производится в общем порядке без каких-либо изъятий.

Признания брака недействительным вправе требовать супруги и лица, чьи права нарушены заключением этого брака, а также органы опеки и попечительства и прокурор. При рассмотрении судом данного вопроса участие представителя органа опеки и попечительства обязательно.

Признание недееспособным лица, состоящего в браке, не лишает его возможности и далее быть субъектом брачных отношений. Такой брак не может быть признан недействительным, ибо при его регистрации не были нарушены условия заключения брака, но дает основание для расторжения брака по упрощенной процедуре. На ЗАГС возлагается обязанность известить опекуна недееспособного супруга о поданном заявлении, и если опекун возбудит спор о детях, разделе имущества или выплате средств на содержание недееспособного супруга, расторжение брака производится судом.

Установление отцовства в отношении психически больных лиц не конкретизируется в семейном праве какими-либо специальными нормами. Если ребенок рожден в браке, его родителями будут соответствующие супруги независимо от их дееспособности или недееспособности. Сложнее обстоит дело при установлении отцовства касательно ребенка, рожденного вне брака. В законе нет оговорки, что недееспособное лицо не может быть признано в судебном порядке отцом ребенка. Установление отцовства отвечает интересам ребенка, поскольку порождает возникновение прав и обязанностей, в первую очередь – права ребенка на получение алиментов от отца.

Трудность состоит лишь в том, что недееспособное лицо не может выразить добровольное согласие на признание себя отцом, поэтому установление отцовства находится в компетенции суда. Интересы ребенка в суде представляет мать или другой законный представитель. В случае недееспособности матери в суд вправе обратиться опекун или попечитель ребенка.

Для установления отцовства суд должен доказать наличие следующих обстоятельств: совместного проживания и ведения общего хозяйства матерью ребенка и ответчиком, совместного воспитания либо содержания ребенка.

Если исходить из того, что права и обязанности между родителями и детьми основываются на происхождении последних от первых, то при установлении отцовства прежде всего защищаются интересы несовершеннолетних детей. Недееспособный родитель так же, как и иные лица, обязан содержать своего ребенка. Однако и у детей при этом возникают обязанности в отношении родителей. Тем самым закон защищает

и интересы недееспособного родителя, имеющего право на получение содержания от своих совершеннолетних трудоспособных детей.

Усыновление (удочерение) представляет собой акт, направленный на создание отношений, полностью приравниваемых к отношениям между кровными родителями и детьми. А поскольку семейное право ориентировано в первую очередь на защиту интересов ребенка, наличие недееспособности у кандидата в усыновители полностью исключает саму процедуру рассмотрения вопроса.

Факт душевного заболевания или слабоумия может стать причиной отобрания ребенка без лишения родительских прав по иску прокурора, а также по заявлению одного из родителей или опекунов, органов опеки и попечительства. При этом не следует забывать, что данный акт не связан с недееспособностью родителя, а направлен на предотвращение опасности, возникающей для ребенка при сосуществовании с психически больным человеком. Но в силу невиновного поведения последнего оснований для лишения его родительских прав нет. При улучшении состояния здоровья способность воспитывать детей может восстановиться, в таком случае причины отобрания детей отпадают и дети могут быть возвращены лицам, у которых были отобраны.

Возвращение детей родителям или усыновителям производится только по решению суда, который обычно руководствуется заключением судебно-психиатрической экспертизы, устанавливающей, представляет ли психическое заболевание родителя опасность для воспитания детей.

При отобрании детей суд обязан решить вопрос о взыскании с родителей или усыновителей алиментов на их содержание, ибо закон предусматривает только один случай освобождения от уплаты алиментов – нахождение детей на полном содержании государства или общественной организации.

В свою очередь совершеннолетние дети, даже если они частично или полностью нетрудоспособны вследствие психического заболевания или слабоумия, обязаны заботиться о своих нетрудоспособных родителях, а те вправе на это претендовать. При назначении алиментов суд учитывает материальное положение сторон. Не только дети и родители, но и супруги, нуждающиеся в помощи, могут по суду получать алименты от другого супруга, если нетрудоспособность установлена на момент расторжения брака или в течение одного года после. Нуждаемость в материальном содержании может отпасть при помещении супруга в дом-интернат для инвалидов

или престарелых, но суд полномочен не освободить другого супруга от уплаты алиментов, если требуются дополнительные затраты на уход, лечение, питание и т. д.

Таким образом, интересы психически больного лица, нуждающегося в материальной помощи, законодательство о браке и семье защищает независимо от того, признан он недееспособным или нет.

Правовое положение психически больного человека в **жилищном праве** определяется следующими постулатами:

а) право на владение жильем не зависит от дееспособности, им обладает любой гражданин;

б) у психически больных лиц могут возникнуть права на льготы в получении жилья[3];

в) осуществление права на распоряжение жильем связано со способностью лица понимать значение своих действий или руководить ими.

Когда жилое помещение предоставляется государством, психически больные лица и члены их семей имеют некоторые преимущества. Это понятно и оправданно, так как проживание в одной квартире с душевнобольным человеком вызывает множество бытовых проблем и дополнительных психических перегрузок. Соседи, проживающие в квартирах вместе с семьями, включающими лиц, страдающих тяжелым психическим заболеванием, признаются нуждающимися в улучшении жилищных условий. В свою очередь у самих больных появляется право на дополнительную жилую площадь по тем же основаниям.

Наличие заболевания и факт невозможности совместного проживания подтверждаются медицинским заключением, которое выдается врачебно-консультационной комиссией психиатрического учреждения, где больной находится на диспансерном учете. Обычно речь идет о тяжелых болезнях с хроническим течением, перечень которых утверждается соответствующим правительственным циркуляром.

Сохранение права на жилье независимо от пребывания в больнице специально подтверждается законом. Больные утрачивают его лишь в случае помещения в психоневрологический интернат, что приравнивается к выезду на другое место жительства.

Обмен жилья входит в право на улучшение жилищных условий. Если психически больной признан недееспособным, в его интересах с разрешения органа опеки и попечительства действует опекун. Коль скоро обмен совершается по желанию психически больного лица, не признанного недееспособным, в силу вступают права, регламентирующие заключение сделок.

Факт заселения в квартиру психически больного человека затрагивает интересы совместно проживающих с ним людей, поэтому закон вводит в процедуру обмена жилья некоторые ограничения. Так, если соседи душевно больного человека скрывают этот факт при обмене жилой площади, сторона, оказавшаяся в заблуждении, вправе предъявить иск о признании обмена недействительным на том основании, что ее условия жизни ухудшились и она попала в разряд нуждающихся в улучшении жилищных условий.

Закон не оговаривает, чту именно суд должен понимать под феноменом психического заболевания. А поскольку болезни сильно различаются по своей тяжести и социальной значимости, следует ориентироваться на официальные показатели (факт диспансерного учета в психиатрическом учреждении и перечень заболеваний, дающих людям, проживающим совместно с больным человеком, жилищные льготы).

Сложнее обстоит дело, когда в коммунальную квартиру вселяется психически больной человек по обмену с одним из жильцов. Сам факт болезни в данном случае не может служить основанием для признания обмена недействительным, ибо, будучи дееспособным, гражданин вправе распорядиться жилой площадью по своему усмотрению. И хотя интересы соседей при этом могут оказаться ущемленными, закон защищает только права обменивающихся сторон. Соседи же становятся нуждающимися в улучшении жилищных условий, если по заключению психиатрического учреждения совместное проживание с человеком, вселившимся в квартиру, невозможно.

Сделки с жильем как видом недвижимого имущества (обмен, купля-продажа, дарение, завещание и пр.) осуществляются в соответствии с нормами гражданского законодательства.

Норма о выселении нанимателя жилого помещения, членов его семьи, а также совместно проживающих с ним лиц без предоставления другой жилой площади при систематическом нарушении правил общежития, разрушении или порче жилого помещения, делающих невозможным для других проживание в одной квартире или доме, применима и в отношении психически больного лица. Однако суду следует особенно тщательно устанавливать в действиях больного наличие или отсутствие виновного поведения. В частности, грубое нарушение правил общежития может быть вызвано исключительно болезненными переживаниями, тогда невозможность совместного проживания дает основания для недобровольного помещения в больницу, а не для наказания. Принудительное выселение допустимо только в случае, когда условия невозможности совместного проживания

создаются виновным поведением ответчика сознательно и намеренно.

Правовое положение психически больного лица по **трудовому праву** определяется прежде всего Конституцией РФ, провозгласившей: «Труд свободен. Каждый имеет право свободно распоряжаться своими способностями к труду, выбирать род деятельности и профессию» (ст. 37). Вместе с тем гарантии свободы в этой сфере отношений зависят еще и от реальной возможности трудиться.

Правительство РФ не реже одного раза в пять лет пересматривает Перечень медицинских противопоказаний к допуску на работу трудящихся в целях предупреждения заболеваний, несчастных случаев и обеспечения безопасности труда, на основании которого составляется Перечень профессий, противопоказанных при психических заболеваниях. Кроме того, есть ведомственные нормативные акты, которые имеют запретительный характер, например утвержденный Министерством здравоохранения РФ Перечень медицинских противопоказаний для осуществления работы с использованием сведений, составляющих государственную тайну (№ 83 от 16 марта 1999 г.). В нем, в частности, указаны «синдром зависимости от алкоголя (третья стадия) с признаками резидуальных и отсроченных психических расстройств; синдром зависимости, развивающийся вследствие употребления наркотических средств или психотропных веществ».

Решения о годности к определенным видам деятельности принимают ведомственные медицинские комиссии (например, на транспорте) или медико-социальные экспертные комиссии (бывшие врачебно-экспертные, или ВТЭК). Аналогично решаются и вопросы годности к профессиональному обучению. Такое решение может быть обжаловано в суд (ст. 6 Закона о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании).

Что касается общей способности трудиться, то ограничения социальных функций могут быть истолкованы как вопреки, так и в пользу интересов человека. Все зависит от установки на конкретную цель. Так, отказ в получении водительских прав – безусловное лишение, а признание не годным к военной службе при определенных обстоятельствах может расцениваться как несомненная удача. Соответственно меняются и позиции граждан – от протеста в связи с ограничениями до уклонения от выполнения общественно значимых обязанностей под предлогом психического недостатка. Здесь у юристов имеется весьма широкое поле деятельности, и им нужно ориентироваться в

критериях и показателях здоровья.

Одно из наиболее распространенных оснований – диагноз заболевания. Он сформулирован предельно четко в соответствии с международной и национальной классификациями и не должен содержать никаких импровизаций или двусмысленных формулировок. Таковы требования правительства к заключению медицинских комиссий, выполняющих функции отбора (врачебно-трудовых, военно-врачебных и т. п.). В зависимости от названия болезни формулируются конкретные противопоказания, обязательные к исполнению.

Для ряда социальных ограничений используется менее определенный по своему содержанию факт диспансерного учета, который до последних лет был весьма популярен. Например, при назначении на государственные и политические должности от претендента на пост требовалась справка, подтверждающая, что он на диспансерном учете в психоневрологическом и наркологическом диспансере не состоит. Какой-то резон в такой кадровой политике, несомненно, был, ибо на учет без причин не попадают. Но с течением времени изменились представления о психопатологически безупречной репутации. Для обычных граждан, не нуждающихся в активном контроле психиатра за их частной жизнью, ввели консультативно-лечебную помощь, обезопасив контакт с врачом от угрозы компрометации. При таком порядке взаимодействия с медициной необходимость в справках о психиатрической лояльности отпала по большинству из прежних оснований. Остались только ограничения для вождения транспорта и владения оружием. Здесь наличие справки об отсутствии учета по-прежнему обязательно.

Контуры понятия «психический недостаток» окончательно теряют свою медицинскую определенность, когда речь заходит о выполнении людьми не связанных с профессией общественных функций. В этом отношении особенно показательна процедура привлечения граждан к выполнению обязанностей присяжных заседателей. Федеральным законом «О присяжных заседателях федеральных судов общей юрисдикции Российской Федерации» предусмотрено, что из списков заседателей исключаются лица, состоящие на учете в психоневрологических учреждениях и имеющие психические недостатки, препятствующие им исполнять возложенные на них обязанности.

Сочетание понятий «психический недостаток» и «успешное исполнение обязанностей», строго говоря, не имеет к медицине ни малейшего отношения, так что диагноз, который субъект, претендующий на отказ от выполнения обязанностей присяжного заседателя, должен представить, имеет лишь символическое

значение. Врач вправе и в состоянии назвать болезнь, но сделать вывод – прерогатива представителя власти. Чем он при этом будет руководствоваться, сказать трудно. Скорее всего, ему следует сопоставить медицинскую информацию с эффективностью средовой психической адаптации, чтобы иметь возможность прогнозировать «успешность» участия в судебной процедуре, не допустив к правосудию людей слабоумных, душевнобольных, психически неустойчивых и личностно аномальных.

3. Компенсация психического вреда

Если психически больной человек оказывается в роли потерпевшего, его состояние должно рассматриваться в двух аспектах: а) психическое расстройство как проявление физических и нравственных страданий, подтверждающее наличие морального вреда; б) психическое расстройство как основание для наказания виновного и возмещения вреда здоровью.

Ущерб здоровью по общему правилу предусматривает три степени тяжести: легкий (утрата трудоспособности до 5 % и расстройство здоровья сроком до 21 дня), средний (утрата трудоспособности до 30 % и расстройство здоровья сроком более 21 дня) и тяжелый (утрата трудоспособности более 30 % при расстройстве здоровья сроком более 120 дней).

К сожалению, ущерб психическому здоровью выделен из общего правила только ст. 111 УК, где сказано: «Умышленное причинение тяжкого вреда здоровью… повлекшее за собой… психическое расстройство…». Тем самым ущерб в форме легкого и средней тяжести расстройства психического здоровья приходится оценивать либо исходя из формальных признаков (например, длительность пребывания на больничном листе), либо с учетом нравственных страданий. Последнее предпочтительнее по нескольким соображениям. Во-первых, в психиатрической практике утрата трудоспособности – показатель довольно субъективный; во-вторых, сроки пребывания на амбулаторном лечении даже по поводу легких расстройств психики бывают долгими – недели и даже месяцы; в-третьих, эмоциональная травма всегда лучше лечится заботой о компенсации вреда, чем чувством удовлетворенной мести.

Поскольку возмещение морального ущерба в судебной практике только набирает опыт, мы остановимся на данном аспекте правоприменения более подробно.

«*Защита гражданских прав осуществляется путем… компенсации морального вреда*» (ст. 12 ГК).

«*Если гражданину причинен моральный вред (физические или нравственные страдания) действиями, нарушающими его личные неимущественные права либо посягающими на принадлежащие гражданину другие нематериальные блага, а также в других случаях, предусмотренных законом, суд может возложить на нарушителя обязанность денежной компенсации указанного вреда. Суд должен также учитывать степень физических и нравственных страданий, связанных с индивидуальными особенностями лица, которому причинен вред*» (ст. 151 ГК).

«*Размер компенсации морального вреда определяется судом в зависимости от характера причиненных потерпевшему физических и нравственных страданий, а также степени вины в случаях, когда вина является основанием возмещения вреда*» (ст. 1101 ГК).

Постановление Пленума Верховного суда РФ от 20 декабря 1994 г. (в ред. от 25 октября 1996 г.) «Некоторые вопросы применения законодательства о компенсации морального вреда» гласит: «*Моральный вред, в частности, может заключаться в нравственных переживаниях в связи с… невозможностью продолжать активную общественную жизнь, потерей работы, раскрытием врачебной тайны, временным ограничением каких-либо прав, физической болью в связи с заболеванием, перенесенным в результате нравственных страданий*».

По-видимому, для оценки такого субъективного фактора, как страдания, необходимы какие-то внешние ориентиры, индикаторы, связанные между собой внутренней логикой причинно-следственных отношений.

Замечание первое. Для компенсации морального вреда необходимо установить причинно-следственную зависимость между событием и переживанием, для чего требуется знать о силе внешнего раздражения и об индивидуальной значимости факта, послужившего источником вреда.

Сравнительно легче делать выводы, когда причиной страдания выступает угроза жизни. Тогда по общему правилу допускается вероятность так называемого нервного шока. Для его констатации достаточно установить следующее:

а) потерпевшему причинены телесные повреждения;

б) потерпевший имел основания опасаться телесных повреждений;

в) повреждения были нанесены или имелись основания опасаться нанесения таковых другому лицу, с которым потерпевший состоял в близких отношениях, причем истец был очевидцем происшедшего.

По-видимому, страх смерти и инстинкт самосохранения считаются фундаментальными естественными реакциями.

Сложнее обстоит дело, когда объектом вредоносного воздействия становится личность человека с его представлениями о чести и достоинстве. Здесь приходится считаться с тем, что личность формируется в определенных условиях, которые у разных людей не совпадают. Каждый человек относит себя к более или менее узко ориентированной субкультуре, перенимая у нее нравственные смыслы. Покушение на них означает утрату собственного *Я*, а зачастую вынуждает менять и общественный статус, что для окружающих с иными взглядами на жизнь может

вообще проходить незаметно. Недаром законодатель счел нужным несколько раз подчеркнуть необходимость учитывать индивидуальные особенности человека при определении факта и степени морального вреда.

***Например**, подэкспертная Х., 23 лет, учительница в небольшом рабочем поселке, характеризовалась всеми как общительный, жизнерадостный, самолюбивый человек. В своем поселке она играла заметную общественную роль и пользовалась прекрасной репутацией. После изнасилования несовершеннолетним соседом по улице, который еще недавно был ее учеником, она стала замкнутой, неразговорчивой, редко покидала дом во внеслужебное время, утратила интерес к работе. Ее состояние особенно ухудшилось после того, как родители обвиняемого во избежание наказания сына попытались склонить ее к замужеству. С течением времени состояние Х. не улучшилось, так что родные были вынуждены установить за ней постоянный надзор, но однажды она обманула их бдительность и повесилась на крючке в предбаннике в положении сидя.*

Замечание второе. Когда причинно-следственные зависимости установлены, необходимо избрать методы получения доказательств, соответствующие поставленной задаче. Ведь моральный вред подразумевает страдание, что означает психическую реакцию в форме ощущения (физического) или представления (нравственного), отраженного в сознании потерпевшего как личное переживание.

Естественно, что основным источником сведений являются рассказ потерпевшего, а также свидетельства людей, зафиксировавших изменение привычного образа жизни после события, причинившего вред. Иными словами, нужно выяснить, что говорит, кто говорит, что о нем говорят.

Субъективная картина переживаний не только важна, но и наиболее доступна юридической оценке. Конечно, человек в чем-то сгущает краски и не всегда достаточно обоснованно драматизирует события. В конечном счете, он волен переживать по-своему. Другой вопрос, когда его страдания заслуживают лишь сочувствия, а когда – материальной компенсации. В этом отношении лучше ориентироваться не только на свободное изложение самого потерпевшего, но и на интерпретацию специалиста, обладающего для этого необходимыми познаниями.

За последние столетия человечество накопило заслуживающий доверия опыт работы с людьми, которые испытывают проблемы психической средовой адаптации. Типичные варианты реакций на стресс и фрустрацию (состояние, когда сильные чувства сталкиваются с непреодолимыми

препятствиями) хорошо изучены и достаточно подробно описаны. Огромная армия психотерапевтов ежедневно принимает в своих кабинетах множество людей, страдающих от разного рода жизненных неудач. Так что выделить в рассказе потерпевшего элементы, взаимодействие которых свидетельствует о том, что огорчения вышли за рамки психологической нормы, не составляет большого труда.

Индивидуальные особенности психики и характера, окрашивающие реакцию на травмирующие обстоятельства, тем более подлежат психологической диагностике. Современные средства науки позволяют получать надежные сведения о свойствах личности, способных повлиять на осознание и переживание вредоносной ситуации. Например, интеллектуально развитый и высокообразованный человек обладает, как правило, и более высокой адаптивностью, нежели глупый и ограниченный; уравновешенный в эмоционально-волевом отношении значительно чаще полагается на себя, тогда как неустойчивый склонен искать сочувствия на стороне и т. п.

И наконец, свидетельские показания бывают вполне убедительными, если они правильно собраны. Страдающий человек ведет себя иначе, чем тот, кто ищет выгоды, рассказывая о чувствах, которых не испытывает. От суда требуется лишь известная инициатива при получении интересующих его сведений в этом деликатном вопросе.

Дело в том, что по общему правилу гражданского судопроизводства истец сам обязан представлять доказательства, что в данном случае не совсем уместно. Во-первых, человек страдающий не видит себя со стороны, а во-вторых, сама идея привести в суд свидетелей, готовых подтвердить наличие страданий, выглядит несколько сомнительной. Хорошо, когда гражданский иск заявляется в уголовном процессе, где свидетелей достаточно. Если же речь идет о досудебной подготовке гражданского процесса, положение кажется неразрешимым. Единственный выход видится в расширении полномочий экспертов по приглашению для участия в исследовании обстоятельств, имеющих значение для дела, лиц из числа совместно проживающих или сотрудничающих.

Замечание третье. Величина компенсации безоговорочно относится к судебным решениям, свободным в своей основе, но в теории постоянно высказываются предложения о необходимости неких тарифицирующих ориентиров. Этому вопросу следует уделить некоторое внимание хотя бы потому, что судебная практика сильно тяготеет к подобным упрощениям.

Сама по себе идея тарифа издревле существует в

юриспруденции. Например, в Русской Правде можно прочесть следующее:

«*Если придет на двор* (*то есть в суд*[4]) *человек в крови или синяках, то свидетелей тому не искать, а обидчик пусть платит продажи* (*штраф в пользу князя*) – *три гривны*» (*около фунта серебра*).

«*Кто отрубит другому какой-либо палец – три гривны продажи, а потерпевшему – десять гривен*».

«*Если кто убьет тиуна* (*судью*) – *двенадцать гривен*».

По сути, на Руси денежный штраф являлся почти единственным возмездием за преступление.

Примечательно, что и современные отечественные авторы склонны к тарифной схеме, построенной на оценке противоправного деяния с «презюмированным» моральным вредом, сумма компенсации за который зависит от формы вины причинителя вреда. Например, причинение тяжкого вреда здоровью – 576 минимальных размеров заработной платы; средней тяжести – 216; легкого – 21; нанесение побоев – 17; незаконное помещение в психиатрический стационар – 21 за один день пребывания и т. п., включая все основные составы преступления против личности[5].

Однако тарифный подход, при котором доминирует штраф за содеянное, не исчерпывает всех возможных вариантов решения проблемы. В мировой практике преобладает стремление не столько наказать виновного, сколько облегчить судьбу потерпевшего, исходить не из факта содеянного, а из оценки наступивших последствий. При этом за основу берется феномен «лишения жизненной активности» как критерий, суммирующий утраты в физической, психической и социальной жизни человека.

С учетом высказанных замечаний и следует строить тактику сбора, оценки и квалификации доказательств, необходимых для мотивации судебного решения о компенсации морального вреда в связи с появлением расстройств психического здоровья.

Критерии оценки наступивших последствий

1. Сам факт психического расстройства как клинически очерченного феномена требует врачебного заключения с названием болезни, которое предусмотрено действующим в стране перечнем заболеваний, утвержденным правительством. При этом не обязательно устанавливать его посредством судебной экспертизы, во всяком случае, закон такого требования не высказывает. Достаточно иметь соответствующий документ, где диагноз поставлен в причинно-следственную связь с

вредоносным событием (например, «реактивно-невротическое состояние посттравматического генеза»). Однако в тех случаях, когда врачи подобной связи не обнаруживают (больной не ставит их в известность о своих личных неприятностях, расстройство развивается через некоторое время после нанесения повреждения, когда человек еще не улавливает связи этого события с отклонениями в состоянии здоровья, и т. п.), целесообразно и оправданно назначение экспертизы для ее установления.

Само наличие психического расстройства, появившегося в результате вредоносного воздействия, подтверждает высокую степень вероятности нравственного страдания, но для определения степени последнего факт болезни необходимо соотнести с другими аспектами жизни.

2. Прежде всего, надлежит соотнести наступившие последствия с изменениями показателей эффективности труда. Ведь даже в случаях, когда не наступает медицински обоснованных персональных ограничений, деловые качества могут снизиться, что станет препятствием для дальнейшей карьеры.

***Например**, после аварии, повлекшей сотрясение мозга и нервный шок, у потерпевшей – главного бухгалтера – ослабли возможности памяти. Ей стало трудно удерживать в поле активного внимания ту массу деталей, которые необходимы в текущей работе. Пришлось пользоваться записной книжкой, просить у руководителя, когда тот обращался за какой-либо информацией, время на подготовку ответа, что было немедленно замечено. Возникли неуверенность в себе, боязнь ошибки, чувство недостаточной компетентности. Под давлением обстоятельств потерпевшая через несколько месяцев была вынуждена просить отпуск, а когда отдых не помог – перейти на более скромную должность, где требования к памяти были ей по силам.*

Естественно, столь деликатные изменения психики не подлежат оценке врачебно-трудовой экспертизы как основание для инвалидности, но они становятся источником реальных страданий и причиной профессиональной деградации. Юридическое значение этого факта несомненно.

3. Затем следует оценить те ограничения, которые возникли в сфере профессиональной реализации личности человека, урезали его социальные перспективы.

***Например**, после авиационной катастрофы, сопровождавшейся сильным (и вполне реальным) страхом смерти, у потерпевшего возникла устойчивая боязнь любого перемещения по воздуху. Казалось бы, это не имело особого значения для выполнения им основных профессиональных функций. Но дело было на Крайнем*

Севере, где наземные дороги почти отсутствуют, так что любой рост по должности подразумевал командировки, а, следовательно, пользование услугами авиации. Не в силах преодолеть себя, квалифицированный специалист отказался от повышения, потеряв в материальном и моральном отношении, так как не рискнул объяснить ни дома, ни на работе истинные причины своего решения, опасаясь уронить свое достоинство в глазах близких ему людей.

Когда психическая природа нанесенного ущерба несомненна, причинная связь с вредоносным фактором очевидна, фиксация страха в поле сознания включает в себя невротические механизмы, хотя по клиническим меркам явной болезни вроде бы и нет. Понятно, что компенсация возникшего ущерба возможна только по основанию морального вреда.

4. Кроме ограничения в сфере профессиональной активности наступившие изменения могут повлечь за собой осложнения в личной жизни, доставляя потерпевшему различные неприятности.

***Например**, сильный страх смерти, который женщина испытала при авиационной катастрофе, ассоциировался у нее с болями в пояснице, возникшими непосредственно после травмы в связи с незначительным (по хирургическим меркам) переломом позвоночника. Анатомические нарушения вскоре зарубцевались, но ощущение боли возникало всякий раз, когда она испытывала психическое напряжение, в частности перед вступлением в интимные отношения. Последние превратились для нее в источник болезненных ощущений, которые она вынуждена время от времени терпеть во имя сохранения семьи.*

Нетрудно понять, что и здесь истинные масштабы утраты относятся к психике и далеко превосходят последствия собственно анатомических нарушений.

5. Нервный шок может повлиять и на развитие личности, когда потерпевший – несовершеннолетний.

***Например**, Дима Д., 5 лет, попал в авиационную катастрофу (самолет при посадке столкнулся с вертолетом). Некоторое время они с матерью не могли выбраться наружу, а когда это им удалось, «долго кричали от страха, сидя на земле и глядя друг на друга». В результате у ребенка появился устойчивый страх остаться без матери. Около года он постоянно нуждался в ее присутствии. Ребенка пришлось взять из детского сада на домашнее воспитание. В школу он пришел неподготовленным, что вызвало проблемы адаптации. Диму перевели в класс педагогической коррекции с ослабленной программой обучения, где дети проходят трехлетний срок начальной школы за четыре года. Можно не сомневаться, что преодоление вредоносных последствий*

в форме задержки психического развития затянется как минимум еще на несколько лет.

Во всех примерах, которые мы привели, судебный медик не зафиксировал повреждений сверх легких телесных с незначительными расстройствами здоровья (ушибы, несложные переломы). Так что по прежним меркам вся тяжесть психической, социальной и профессиональной реабилитации легла бы на долю самих потерпевших, вынужденных мириться с ограничениями жизненной активности из-за халатности, неосторожности, элементарного головотяпства людей, обязанных по закону соблюдать меры необходимой предосторожности. Но сегодня они вправе рассчитывать, что их утраты будут компенсированы в объеме затрат, которых им это будет стоить, и соответственно страданиям, отравляющим человеку естественное ощущение радости жизни.

Причины психического вреда могут быть и не связаны с нервным шоком. Стоит вспомнить такие потрясения, как незаконное лишение свободы, помещение в психиатрическую больницу, разглашение врачебной тайны и др. Да и любое нарушение права на неприкосновенность личности, по сути, является источником нравственного страдания. Так что перечислять составы возможных вредоносных действий по меньшей мере нецелесообразно. Мы глубоко убеждены, что суду вполне достаточно установить факт перехода человека в разряд людей с ограниченными возможностями, чтобы своим решением обеспечить ему компенсацию морального вреда в размерах, диктуемых соображениями социальной справедливости.

4. Представительство в судебных и иных органах

Понятия ***гражданской процессуальной правоспособности*** **и** ***дееспособности*** в общих чертах соответствуют аналогичным категориям в гражданском праве. Так, способность иметь гражданские процессуальные права и обязанности (гражданская процессуальная правоспособность) признается в равной мере за всеми гражданами РФ независимо от возраста и психического состояния. Возникает гражданская процессуальная правоспособность с момента рождения и прекращается со смертью. Поэтому психически больные лица, неважно, признаны они недееспособными или нет, могут быть истцами, ответчиками, третьими лицами в гражданском процессе.

Способность осуществлять свои права в суде и поручать ведение дела представителю (гражданская процессуальная дееспособность) принадлежит гражданам, достигшим совершеннолетия. При этом у них предполагается наличие зрелой воли. По объему дееспособности выделяются три группы граждан: полностью дееспособные; частично дееспособные в силу своего возраста или решения суда; недееспособные, к которым относятся дети до 15-летнего возраста и психически больные лица, признанные таковыми в установленном законом порядке. Что же касается психически больных совершеннолетних людей, не признанных недееспособными, то в законе нет указаний об ограничении или лишении их гражданской правовой дееспособности. Это означает, что они имеют не только право на предъявление иска (для него достаточно процессуальной правоспособности), но и возможность самостоятельно реализовать это право.

Если судья по ошибке принял исковое заявление от недееспособного, то оно остается без рассмотрения, если же сторона утратила дееспособность (имеется судебное решение о признании лица недееспособным) уже в период подготовки дела к рассмотрению, суд обязан приостановить производство по делу до назначения недееспособному представителя.

Гораздо сложнее ситуация, когда решения о признании недееспособным нет, а у суда складывается мнение, что сторона по делу не понимает значения своих действий или не может ими руководить.

В гражданском процессе в отличие от уголовного нет положения об обязательном представительстве интересов

граждан, которые в силу физических или психических недостатков не могут защищать свои интересы в суде самостоятельно. Поэтому единственным гарантом справедливости в таких случаях выступает сам суд. Он вправе приостановить рассмотрение дела до установления факта дееспособности в законном порядке.

Психически больной, не лишенный дееспособности, как и любой другой гражданин, может вести свое дело либо сам, либо через представителя. Причем личное участие в судебном процессе не лишает его права иметь по данному делу представителя. Недееспособный сам не может защищать свои права и интересы, эта обязанность возлагается на его законных представителей. В первом случае для возникновения представительства требуется волевой акт. Во втором представительство осуществляется в силу закона при отсутствии волеизъявления со стороны недееспособного, поскольку оно не имеет юридического значения.

Рассмотрим сначала представительство интересов недееспособных граждан в суде. Недееспособный может быть истцом, ответчиком, третьим лицом, если он выступает участником спорного материального правоотношения. В любой ситуации его права и законные интересы защищает (представляет) опекун. Это так называемое законное (обязательное) представительство, случаи возникновения которого перечислены в ГПК.

Один из них – защита прав и охраняемых законом интересов недееспособных. В основу здесь положен административный акт – решение органа опеки и попечительства о назначении опекуна недееспособному. Наличие или отсутствие между ними родственных отношений (если родственник не является опекуном) при этом не имеет юридического значения.

Законное представительство не препятствует опекуну обратиться с поручением о ведении дела в суде к другому лицу, избранному им в качестве представителя. Поскольку опекун обладает в полном объеме гражданской процессуальной дееспособностью, он может заключить договор о представительстве в суде. Здесь недееспособный остается стороной в процессе и имеет двух представителей: законного (опекуна) и договорного (факультативного). Такое положение не только допускается законом, но даже желательно в сложных гражданских процессах, когда требуются специальные юридические знания и опыт.

Защищать права и законные интересы недееспособного может не только опекун. Детям, воспитание которых осуществляется полностью детскими учреждениями, а также совершеннолетним

лицам, нуждающимся в опеке или попечительстве и помещенным в соответствующие учреждения, опекуны и попечители не назначаются. Выполнение обязанностей опекунов и попечителей в отношении этих лиц возлагается на администрацию учреждения, в котором находится подопечный. В этом случае защита интересов недееспособного осуществляется, например, администрацией психоневрологического интерната. Если психически больные дееспособные лица помещаются в психоневрологические диспансеры и интернаты, то их права также защищаются администрацией этих учреждений.

Недееспособный не в состоянии и не вправе выдавать доверенность, а значит, и делать в ней оговорки о специальных полномочиях. К тому же представительство недееспособного носит характер законного, а не договорного. Представители недееспособного обладают в основном общими полномочиями, и только ряд действий, перечисленных в ГК, они могут осуществлять лишь с предварительного разрешения органа опеки и попечительства. В частности, опекуну необходимо такое разрешение для отказа от принадлежащих подопечному прав, отчуждения имущества, раздела имущества, обмена жилых помещений и т. д.

Интересы несовершеннолетних психически больных до 15 лет защищают их законные представители (родители, усыновители или опекуны); в возрасте от 15 до 18 лет (если лицо не признано недееспособным) защита осуществляется законными представителями с обязательным привлечением к участию в деле самих несовершеннолетних. Если дело возникло из трудовых, брачно-семейных правоотношений и сделок, связанных с распоряжением полученным заработком, несовершеннолетний, несмотря на наличие психических заболеваний, может сам защищать свои права в суде. Приглашение его родителей, усыновителей, попечителей в суд зависит от усмотрения последнего.

Защита интересов совершеннолетних, не признанных недееспособными психически больных, над которыми не устанавливается опека, также может осуществляться на основе представительства. Но здесь уже будет иметь место не обязательное (законное) представительство, а факультативное (договорное). Для него характерны наличие воли заинтересованной стороны и согласие представителя. Договорное представительство – это вид гражданско-правового договора, поэтому обе заключающие его стороны должны быть дееспособными. Добровольно избранными представителями могут стать любые дееспособные граждане, не лишенные по

закону права быть представителями, если они получили полномочия от участвующего в деле лица (доверителя) и суд допустил их представительствовать по делу.

Закон оговаривает оформление полномочий представителя. Например, полномочия адвоката удостоверяются ордером, выдаваемым юридической консультацией; полномочия лица, допущенного рассматривающим дело судом к представительству по данному делу, могут быть выражены в устном заявлении доверителя на суде, занесенном в протокол судебного заседания, и т. д. Опекуны, выступая в защиту прав и интересов недееспособных подопечных, представляют опекунское удостоверение, о чем в протоколе судебного заседания делается отметка.

Полномочия представителя принято делить на две группы: общие и специальные.

Общие полномочия дают право на такие процессуальные действия, как ознакомление с материалами дела, заявление отводов, ходатайств, представление доказательств, участие в их исследовании, дача объяснений суду (устно и письменно), представление своих доводов и соображений, возражения против ходатайств, доводов и соображений других участвующих в деле лиц.

Исключение из общих полномочий – это ***специальные полномочия***, к которым относятся: передача дела в товарищеский или третейский суд, полный или частичный отказ от исковых требований, признание иска, изменение предмета иска, заключение мирового соглашения, передача полномочий другому лицу (передоверие), обжалование решения суда, предъявление исполнительного листа ко взысканию, получение присужденного имущества или денег.

Право на осуществление общих полномочий дает сам факт оформления представительства; для совершения же каждого действия из разряда специальных полномочий требуется особая оговорка в доверенности, выданной представляемым.

Представительство в суде интересов психически больных дееспособных лиц в принципе не отличается от обычного представительства совершеннолетних граждан. Эти больные могут использовать договорное представительство, предусматривать любое специальное полномочие в доверенности и т. д.

В законодательстве закреплена возможность установления попечительства над совершеннолетним дееспособным лицом, которое по состоянию здоровья не в силах самостоятельно защищать свои права и выполнять обязанности. Такое

попечительство устанавливается только по просьбе больного, попечитель избирается с его согласия.

В принципе может быть установлено попечительство в отношении совершеннолетних дееспособных психически больных лиц преклонного возраста, когда нет оснований для признания их недееспособными. В этом случае защита их интересов в суде осуществляется попечителем. Это законное представительство, подтвержденное попечительским удостоверением. Но надо помнить, что в приведенном случае подопечный является дееспособным со всеми вытекающими отсюда последствиями.

Если же психически больной находится на попечении в соответствующем лечебном учреждении (психоневрологическом диспансере или интернате и т. д.), выполнение обязанностей представительства его интересов в суде возлагается на администрацию данного учреждения.

Представительство допускается по любому подведомственному суду делу при его рассмотрении как в первой, так и в кассационной инстанции, в надзорном порядке, по вновь открывшимся обстоятельствам во всех видах судопроизводства (исковом, особом, по делам, возникшим из административных правоотношений).

Современная экономическая, политическая и правовая реальность, характеризующаяся расширением судебной подведомственности, активизацией граждан в защите своих прав, расширением сферы адвокатских услуг, развитием принципа состязательности в процессе, неизбежно заставит решать вопрос, касающийся незащищенных субъектов правоотношений. Будут ли это льготы, специально предусмотренные для оплаты услуг адвокатов, или государство предпочтет создать специализированные судебные органы для этой части населения, предвидеть невозможно, но мировой опыт не оставляет сомнений в том, что подобные меры принять придется, причем скоро.

Понятие *уголовно-процессуальная дееспособность* ориентировано главным образом на гарантии права на защиту. И это вполне естественно, ибо следствие есть неизбежный конфликт обвиняемого с правоохранительными органами, а потерпевшего – с обвиняемым. Законодатель не может не считаться с этим. Он обязал лиц, ведущих следствие, предпринимать конкретные действия в интересах граждан с психическими недостатками вне зависимости от их воли и желания (т. е. выступать в роли их законного представителя в широком смысле этого слова).

По общему правилу законными представителями являются родители, усыновители, опекуны, попечители обвиняемого или потерпевшего, представители учреждений и организаций, на

попечении которых находится обвиняемый или потерпевший (ст. 5 УПК). Это определение совпадает с определением законного представительства в гражданском процессе. Кроме того, закон прописывает не только совместное применение данных форм представительства (подопечные не часто становятся участниками уголовного процесса), но и одновременное исполнение одним лицом роли защитника и законного представителя (ст. 52 УПК).

Для обвиняемого предусмотрено, образно говоря, несколько уровней защиты. Согласно УК лицам, у которых после совершения преступления наступило психическое расстройство, делающее невозможным назначение или исполнение наказания, назначаются принудительные меры медицинского характера (ст. 97).

Вместе с тем существуют состояния психики, не лишающие вменяемого человека способности осуществлять свое право на защиту, но в той или иной мере ограничивающие ее. Это ставит подследственного в невыгодное положение сравнительно с той условной психической нормой, на которую рассчитаны методы работы правоохранительных органов. Естественно, что возможность такой ситуации должна быть учтена, а ее отрицательные последствия предусмотрены и предупреждены.

В качестве правовой категории, ориентированной на соблюдение социальной справедливости при отправлении правосудия, закон использует представление о психическом недостатке. При этом законодатель не счел нужным давать какие-либо уточнения относительно медицинского и юридического критериев данного феномена, ограничившись разъяснением, под «лицами, которые в силу своих психических недостатков не могут сами осуществлять свое право на защиту» следует понимать, в частности, граждан, хотя и признанных вменяемыми, но страдающих постоянным или временным расстройством душевной деятельности[6].

О гарантиях права на защиту в указанном смысле законодатель говорит как бы в прошедшем времени, предупреждая работников правоохранительных органов об ответственности за несоблюдение прав подследственного, но не определяя процедуру установления данного факта. Закон гласит, что обвиняемый, психические недостатки которого препятствовали ему самостоятельно осуществлять право на защиту, имеет право на участие в деле защитника независимо от собственного желания. Следователь и прокурор не обязаны принимать отказ психически неполноценного лица от защитника и должны самостоятельно решать вопрос о его участии в деле (ст. 52 УПК). Нарушение указанного права является основанием для

возвращения уголовного дела прокурору или отмены судебного решения первой инстанции (ст. 237, 381 УПК).

Закон также не требует от следователя назначения экспертизы для решения данного вопроса, полагаясь на его компетенцию, что дает защите возможность привлечь психиатра в качестве осведомленного свидетеля для доказательства имевших место отступлений от процессуальных норм. И коль скоро ни обвинение, ни защита не располагают твердо установленными параметрами психического недостатка, вопрос вольно или невольно переходит в дискуссию, каждый из участников которой старается, чтобы члены суда начали разделять его позицию.

Кроме того, закон оговаривает и гарантии права на защиту в процессе судебного разбирательства при назначении принудительных мер медицинского характера. Интересы человека защищает адвокат, вызываемый судом (ст. 438 УПК), что, естественно, не ограничивает права иметь защитника и на договорных началах.

Совсем не так редко, как может показаться, в защите своих прав нуждается потерпевший. Зачастую его психические недостатки (отставание в развитии, неустойчивость характера, неуверенность в себе, внушаемость, импульсивность и т. п.), которые привлекли внимание преступника, дают о себе знать и в процессе следствия. К тому же бедность подчас бывает спутником жизни людей с ограниченными возможностями и не позволяет иметь адвоката на договорных началах. В такой ситуации прокурор обязан выступать в интересах потерпевшего.

«В случае,… когда пострадавший по состоянию здоровья, возрасту или иным причинам не может лично отстаивать в суде… свои права и свободы… прокурор предъявляет и поддерживает в суде… иск в интересах пострадавших» (ст. 27 Закона о прокуратуре РФ).

Представительство интересов лиц с психическими недостатками *вне судебной процедуры* охватывает широкий круг отношений человека с обществом и государством. Во главе системы социальной защиты, обладающей правом решать за больного или представлять его интересы, стоит орган опеки и попечительства, роль которого возложена на местную администрацию. Для недееспособных людей он выступает как властная инстанция, регулирующая взаимодействие опекуна и подопечного. Ему подведомственны подразделения психиатрической службы, занимающиеся социальной поддержкой. Штаты таких кабинетов или отделений обычно укомплектовываются социальными работниками, в чьи задачи входит ходатайствовать по делам, контролировать образ жизни и

представлять интересы диспансерных больных в комиссиях органов местного самоуправления, например в жилищной. Они призваны проявлять инициативу за людей, чья воля к жизни ослаблена или подорвана болезнью. В качестве примера можно сослаться на такое банальное и повсеместно встречающееся ущемление прав больных людей, месяцами и годами пребывающих в клиниках, как задержки выплаты пенсий до момента выписки и прибытия к месту жительства.

Представительство интересов пациента психиатрической службы медицинским учреждением неоднократно оговорено законодателем в разных нормативных документах. Прежде всего, пациент вправе доверить функции представителя администрации учреждения (ст. 7, 12 Закона о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании). Кроме того, учреждение может обращаться в суд с ходатайством о признании человека, находящегося на его содержании, недееспособным, вправе ставить вопрос о недобровольном лечении и отмене принудительных мер медицинского характера, в исключительных случаях удостоверять завещание. Тем самым в крайних случаях оно обладает большими полномочиями, которых, к сожалению, недостает для решения текущих проблем обыденной жизни.

Больные люди нередко становятся жертвами злонамеренной воли своих знакомых или родных, формально подписывая документы вопреки личным интересам. Так, по данным Генеральной прокуратуры РФ, с началом перестройки «имел место стремительный рост безвестных исчезновений граждан после совершения ими купли-продажи приватизированного жилья. Среди пропавших преобладают… психически неполноценные лица, которые не имеют устойчивых родственных связей»[7].

Нотариусы обладают очень скромными возможностями социальной защиты и вправе отложить удостоверение акта лишь в тех случаях, когда есть сомнения в дееспособности лица, да и то на короткий срок.

Юристы психиатрических учреждений имеют фактическую возможность действовать в интересах больных людей, так как опираются на хорошо отлаженную социальную работу (в развитых странах врач работает в бригаде с социальным сотрудником и психологом, решая одновременно задачи терапии, оздоровления жизненной ситуации и коррекции отношения к болезни), но в правовом отношении им приходится много импровизировать. Отсутствие Основ законодательства по социальной защите населения не позволяет им включаться в ход событий раньше, чем социально отрицательные последствия сумасбродного поведения

больного станут более или менее очевидны.

5. Социальная поддержка психически больных людей

Психическое расстройство, как любое отклонение в состоянии здоровья, позволяет человеку надеяться на оказание помощи со стороны общества и государства. Для этого и существует медицина. Декларация прав и свобод человека и гражданина, принятая Верховным Советом РСФСР в 1991 г., провозгласила, что каждый имеет право на квалифицированную медицинскую помощь в государственной системе здравоохранения. Конституция РФ 1993 г. закрепила право граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь.

В соответствии с этими установками принят ряд законов (например, «О санитарно-эпидемиологическом благополучии», «О медицинском страховании»), а также Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан. Совокупность законов (норм), регулирующих отношения в сфере здравоохранения, Общеправовым классификатором отраслей законодательства 1993 г. признана самостоятельной отраслью – это законодательство об охране здоровья граждан (220 000 000)[8].

С учетом специфики взаимодействия психически больных людей с обществом и государством с 1992 г. в РФ принят и действует Закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (в дальнейшем мы будем ссылаться лишь на номер статьи в тех случаях, где он подразумевается). По содержанию закон может быть подразделен на медицинский блок, где оговорены обязанности государства по оказанию помощи, и юридический, содержащий гарантии прав конкретного человека.

Любое государство расходует определенные средства на медицинскую помощь своим гражданам, увеличивая долю бесплатного обслуживания по мере возрастания тяжести страдания больного, ибо негуманно усугублять его положение материальными лишениями, неизбежно сопровождающими расходы на лечение. В этом отношении психически больные во все времена пользовались милосердием общества, а государство стремилось сделать психиатрическую помощь по возможности доступной.

В нашей стране существует специализированная психиатрическая служба, включающая в себя органы управления, сеть учреждений больничного и амбулаторного типа, порядок обеспечения больных необходимыми средствами для лечения и содержания, систему подготовки специалистов соответствующего

профиля. Кроме того, ведомства социальной защиты, образования и внутренних дел несут прямые обязанности по обеспечению выживания, обучения, социальной поддержки и социального контроля психически больных и неполноценных лиц. Так что при желании человек вправе рассчитывать на доступную и эффективную помощь. В самом общем виде система психиатрической помощи подразделяется на сферы взаимодействия службы с населением (амбулаторная помощь); пациента с учреждением (стационарная помощь); психиатрическое обеспечение деятельности других ведомств (образования, социального обеспечения, внутренних дел). Каждая из перечисленных сфер имеет свой стиль работы, нормы и порядок, вытекающие как из Закона о психиатрической помощи, так и из иных законодательных и подзаконных актов.

Параллельно с государственной службой психиатрическую помощь могут оказывать частнопрактикующие врачи и учреждения, где отношения помимо Закона о психиатрической помощи регулируются еще и договорами по общим правилам.

Амбулаторная помощь. Программа охраны психического здоровья населения составляет один из разделов социальной политики в области здравоохранения. В ее основу положен принцип диспансеризации населения, предполагающий широкое развитие амбулаторной лечебно-профилактической помощи с закреплением врачей за определенной территорией или промышленным предприятием соответственно с регламентированным числом проживающих или работающих людей. Участковый врач, работая в постоянном контакте с населением, обеспечивает доступность медицинской помощи.

Наиболее распространенный вид медицинских услуг – консультативно-лечебная помощь лицам, обратившимся в медучреждение по собственному желанию. Их правовой статус не отличается от пациентов общемедицинской сети: их не ставят на учет, позволяют хранить медицинскую документацию на руках; сведения о них не попадают в какие-либо специальные картотеки или хранилища информации.

Если же психиатр устанавливает у больного затяжное или хроническое психическое расстройство с тяжелыми и стойкими или часто повторяющимися болезненными проявлениями, он обязан взять его на диспансерный учет (ст. 26, 27). Решение об этом принимает медицинская комиссия психиатрического учреждения (ВКК), не устанавливая определенных сроков наблюдения.

Факт диспансерного учета существенно влияет на правовое положение человека. Отныне информация о состоянии его

здоровья попадает в специальную картотеку и может быть затребована по запросу правоохранительных или медицинских органов. За ним устанавливается медицинское наблюдение, позволяющее врачу самостоятельно, не испрашивая на то разрешения суда, назначать срок и место психиатрического обследования, прибегая к помощи милиции, если пациент уклоняется от явки. Судебному контролю подлежат лишь случаи недобровольного помещения в стационар. Лицо, состоящее на учете в психоневрологическом диспансере, не подлежит добровольному медицинскому страхованию.

Столь серьезные полномочия, предоставляемые фактом диспансеризации врачу психиатрического учреждения, оправданы повседневной заботой и обусловлены необходимостью социальной защиты больного не только от проблем, создаваемых болезнью, но и от разного рода недоразумений. Риск злоупотребления своими полномочиями со стороны медицинской службы при этом остается, но, как показывает опыт работы психиатров, медицине необходимо давать пространство для самостоятельных решений, полагаясь на профессиональную компетентность, врачебный долг и ведомственный контроль.

Прекращение диспансерного наблюдения санкционируется медицинской комиссией диспансера, которая обследует пациента по представлению лечащего (участкового) врача.

Претензии гражданина относительно необоснованности установления над ним диспансерного наблюдения разрешаются в порядке, предусмотренном для обжалования действий должностных лиц при оказании психиатрической помощи (ст. 47–49).

Стационарная помощь. При необходимости квалифицированного обследования и лечения граждане имеют право пользоваться услугами психиатрических больниц. Существующие там порядки отличаются от лечебных учреждений общемедицинского профиля рядом ограничений, целесообразность введения которых несомненна. Это касается ведения переписки, получения корреспонденции, пользования телефоном, предметами первой необходимости, права приема посетителей, а в случае нужды – осуществления мер физического стеснения (ст. 30).

Такие меры применяются исключительно по медицинским показаниям и продиктованы заботой о больном человеке, который под влиянием психотических переживаний может покончить с собой, нанести себе или окружающим физические повреждения либо моральный вред и т. д. Врачам приходится создавать между больным и обществом своеобразную дистанцию,

чтобы предотвратить распространение сведений и впечатлений о болезненном поведении пациента, ибо рассчитывать на их правильную оценку и доброжелательное понимание со стороны окружающих приходится далеко не всегда.

Для применения мер, нарушающих право личной неприкосновенности, врач обязан получить разрешение медицинской комиссии учреждения.

Пациент в свою очередь имеет следующие права: покинуть по своему желанию стационар, если нет судебного решения о его принудительном содержании там; знать поставленный врачом диагноз и способ лечения; отказаться от лечения, которое считает нецелесообразным; подавать без цензуры жалобы и заявления; общаться с адвокатом без свидетелей. Кроме того, больной вправе получать вознаграждение за труд, сопутствующий лечению, и образование, если его возраст меньше 18 лет.

Несогласие пациента с помещением в стационар или дальнейшим пребыванием в нем подлежит судебному рассмотрению в порядке, предусмотренном гл. 25 ГПК с назначением и проведением судебно-психиатрической экспертизы.

Учреждения для социального обеспечения (дома инвалидов, интернаты, общежития, реабилитационные центры, школы для умственно отсталых детей и др.), ориентированные на содержание психически больных и неполноценных лиц, создаются в системе социальной защиты и образования. Диапазон отношений, которые складываются у их пациентов с администрацией, очень широк: от полного обеспечения с выполнением обязанностей опекуна со стороны последней до осуществления лишь отдельных функций (содержания, обучения, трудоустройства и т. п.). В целом же права пациентов и условия обращения с ними соответствуют нормам, принятым для психиатрических стационаров (ст. 43).

В психоневрологическое учреждение для социального обеспечения больной помещается по решению органа или организации, его создавших. Такое решение принимается на основании личного заявления дееспособного лица, поданного исключительно добровольно, а в отношении недееспособных и несовершеннолетних – постановления органа опеки и попечительства. Эти документы должны сопровождаться заключением медицинской комиссии, подтверждающей наличие психического заболевания, лишающего гражданина возможности содержаться в неспециализированном учреждении для социального обеспечения (например, в доме престарелых, интернате для инвалидов общего типа и др.). Работники таких

учреждений пользуются всеми льготами и гарантиями, предусмотренными ст. 22.

Взрослые люди, частично утратившие трудоспособность вследствие психического заболевания, имеют право получить место в лечебно-производственных мастерских или на участках, создавать которые обязана психиатрическая служба. Для тех, чьи трудовые возможности позволяют работать на производстве, государство устанавливает квоты обязательного трудоустройства (рабочих мест) на предприятиях, в учреждениях и организациях.

Для психически больных, утративших социальные связи, органы социальной защиты создают общежития и дома инвалидов, где «быт и жизнедеятельность организованы достойным человеческого существования образом» (ст. 41).

В систему органов образования входят специфические учреждения, целью которых являются обучение умственно отсталых детей и их социальная реабилитация. Порядок комплектования таких школ соответствует правилам, установленным для психоневрологических учреждений, и должен соблюдаться в соответствии с требованиями ст. 42 Закона. Последнее особенно важно помнить при рассмотрении многообразных конфликтов, возникающих в результате стремления органов образования подменить понятие «специальное обучение» разного рода суррогатами социально-педагогического ограничения по типу «классов компенсирующего обучения», «школ для детей с задержками психического развития» и т. п.

При решении вопроса по существу суду и работникам иных правоохранительных органов следует учитывать, что признание человека нуждающимся в специальном обучении дает ему право требовать предоставления места в учреждении, отвечающем нормативам Закона о психиатрической помощи, и лишает органы образования права отказать ему в предоставлении такого места по каким-либо соображениям. Неоправданное помещение ребенка в специальную школу по любым основаниям (исследование, наблюдение, диагностика и т. п.) считается нарушением Закона о психиатрической помощи и подлежит наказанию по нормам, предусматривающим ответственность за помещение в психиатрическое учреждение здорового человека.

Виды психиатрической помощи. Кроме лечения и медицинской реабилитации больных людей психиатрическая служба затрачивает много времени на выполнение разного рода экспертных функций. Типичным примером является судебно-психиатрическая экспертиза, которая выполняется в интересах правосудия (ст. 14).

Большое значение имеет военно-врачебная экспертиза призывников, порядок освидетельствования которых определяется законодательством РФ о военной службе (ст. 15). В последние годы также возросло число проведенных врачебно-трудовых экспертиз (ст. 6).

Как видим, система психиатрической службы охватывает многие аспекты жизни общества и готова предоставить помощь гражданам, испытывающим затруднения в социальной адаптации в связи с психическими недостатками и душевными заболеваниями. Она действительно доступна и работает эффективно. Вместе с тем стиль ее работы создает очень своеобразный правовой климат во взаимодействии с пациентом. Далее мы рассмотрим основные принципы, на которых строится процесс оказания психиатрической помощи.

Закон точно и ясно, без каких-либо условий и опосредующих обстоятельств гарантирует бесплатность и доступность психиатрической помощи. В ст. 17 прямо указывается, что *«финансирование деятельности учреждений и лиц, оказывающих психиатрическую помощь, осуществляется из фонда здравоохранения… в размерах, обеспечивающих гарантированный уровень и высокое качество психиатрической помощи»*. Это очень серьезная гарантия, означающая, что государство берет на себя обязанность содержать систему учреждений, способную удовлетворить потребность населения в данном виде услуг.

Статья 28 утверждает, что «*основанием для госпитализации* в *психиатрический стационар является наличие у лица психического расстройства и решение врача-психиатра о необходимости проведения обследования и лечения*». Тем самым центральной фигурой в системе распределения психиатрических средств объявляется врач, к которому обратились пациент или его представители. Администрация же не вправе отказать в помощи, ссылаясь на такие обстоятельства, как отсутствие мест, недостаточность финансирования и т. п. Факт отказа в помещении гражданина в психиатрическое учреждение при наличии к тому медицинских показаний признается незаконным и может быть обжалован и опротестован.

Право на достойное обращение. Предоставление места в лечебном или реабилитационном учреждении еще не означает решения всех проблем оказания медицинской помощи. Оно должно соответствовать представлениям людей о достойном существовании. Иначе, как это часто было в прошлом и встречается сейчас, пребывание в психиатрическом учреждении будет сопряжено с разного рода лишениями и страданиями. Поэтому закон специально оговаривает право пациентов на

«гуманное обращение» (ст. 5), а также на «содержание с соблюдением санитарно-гигиенических требований». Последнее указание имеет особое значение для органов, осуществляющих надзор за соблюдением прав человека в закрытых учреждениях. Психиатрические учреждения и дома инвалидов для хронически больных, финансируемые по остаточному принципу, бывают вынуждены принимать больных больше, чем позволяют, предусматривают плановые параметры, что нередко становится эпидемиологически небезопасным.

Кроме того, условия содержания, традиционно дающие персоналу больниц большие преимущества по отношению к больным, располагают к разного рода злоупотреблениям, ущемляющим личное достоинство.

Право на отказ от лечения. Статья 11 закона обязывает врачей получить согласие на применение лечения, а ст. 12 предусматривает право больного на отказ от него.

Естественно, что больной человек далеко не всегда в состоянии разумно оценить как свое заболевание, так и характер лечебного воздействия, но это не освобождает врача от обязанности предоставить ему исчерпывающую информацию о целях, методах, побочных явлениях и ожидаемых результатах планируемой терапии. Больной выражает свое согласие в письменной форме. Исключение из данного правила делается только для несовершеннолетних до 15-летнего возраста, за которых согласие на лечение дают их законные представители, недееспособных, а также лиц, помещенных на лечение в недобровольном порядке по решению или с санкции суда. Но даже к ним не могут без их добровольного согласия применяться психохирургические или иные методы, вызывающие необратимые последствия.

Право на сохранение врачебной тайны. Интересы психически больного человека могут быть ущемлены распространением информации о лечении в больнице или об обращении за психиатрической помощью, так как ее компрометирующее значение до сих пор не утрачено. Поэтому ст. 9 специально оговаривает, что сведения о наличии у гражданина психического расстройства являются врачебной тайной, охраняемой законом, и ограничения, предусмотренные для их распространения, не зависят от того, разрешает ли сам больной оповещать о них окружающих.

При реализации гражданином своих прав и свобод не допускается требовать от него сведений о состоянии психического здоровья, за исключением случаев, специально оговариваемых законодательством (например, при выдаче разрешения на

ношение оружия или получении водительских прав).

Право на социальную защиту. Закон существенно расширил рамки представительства интересов психически больного человека. К этому вынуждала социальная реальность, в соответствии с которой возможности лица, находящегося в психиатрическом учреждении, протестовать против неподобающего обращения с ним очень невелики, не говоря уже о вполне естественном скептическом отношении к жалобам и заявлениям, поступающим из стен больницы.

Статья 7 разрешает гражданам (за исключением несовершеннолетних и недееспособных) приглашать представителя для защиты своих прав и законных интересов при оказании психиатрической помощи по собственному выбору. Причем если таким представителем выступает адвокат, администрация лечебного учреждения обязана предоставлять ему сведения о состоянии психического здоровья лица и проводимом лечении.

Кроме того, закон предусмотрел создание независимой от органов здравоохранения службы защиты прав пациентов (ст. 38), а также санкционировал деятельность общественных правозащитных организаций, делегировав им право выступать в защиту и от лица психически больных (ст. 46).

Введение в психиатрическую практику института инспекторов, независимых от администрации, соответствует общей тенденции развития правоохранительной деятельности по защите прав потребителей в системе государственного распределения. Их роль, в первую очередь, состоит в гарантировании достойного обращения с больными и удержании медицинских работников от соблазна злоупотребления своим доминирующим положением. Присутствие инспектора позволяет пациенту высказать претензии по поводу применения ограничений, отказа в предоставлении информации, изоляции от внешнего мира, затягивания выписки из больницы и т. п., адресованные не только вышестоящей инстанции, но и компетентным органам или широкой общественности.

Общественные защитники прав пациентов психиатрической службы входят в организации, ставящие своими целями защиту непрофессиональных прав и интересов граждан и утвердившие в уставе функции по социальной поддержке психически больных.

Единственное условие, соблюдения которого закон требует от членов правозащитных организаций, – сохранение врачебной тайны при выполнении своих контролирующих действий, о чем они должны дать письменное обязательство.

Право на обжалование действий при оказании

психиатрической помощи. Психиатрическая помощь может носить характер выполнения врачебного долга, осуществляться по лицензии, по соглашению сторон и т. п., так что у граждан, обратившихся к психиатру, претензии могут выходить за рамки ГК РСФСР и Закона об обжаловании в суд действий и решений, нарушающих права и свободы граждан 1993 г. Поэтому Закон о психиатрической помощи самостоятельно оговорил порядок судебного рассмотрения жалоб в разд. VI. Чисто процессуальный характер его содержания ставит суд перед необходимостью искать основания для наказания виновных и возмещения ущерба в смежных отраслях права вне настоящего закона, создающего лишь повод к судебному рассмотрению.

Закон о психиатрической помощи определил возраст дееспособности относительно собственного психического здоровья – в 15 лет. До этого все решения, связанные с лечением и реабилитацией по поводу психических расстройств, принимаются родителями или лицами, их заменяющими. Единственное исключение сделано для пациентов учреждений социального обеспечения и учащихся вспомогательных школ – за них решения принимаются до 18-летнего возраста.

Столь резкое разделение правомочий от совершенного их отсутствия до полного обладания, когда, образно говоря, можно заснуть ребенком, а проснуться самостоятельным взрослым, конечно же, не соответствует ни природным, ни социальным законам личностного развития. И если вспомнить, что психиатрия занимается не только лечением душевнобольных, но и оказанием наркологической помощи, профилактикой социально опасного поведения психически аномальных лиц, экспертизой и освидетельствованием, столь безусловное доверие волеспособности подростка выглядит несколько сомнительно. Можно предположить, что законодатель в своем стремлении сблизить психиатрию с другими видами медицинской помощи перенес в Закон о психиатрической помощи норму законодательства о здравоохранении, согласно которой подростки по достижении ими 15-летнего возраста передаются на обслуживание поликлиник и больниц, предназначенных для взрослых.

Вместе с тем если в общей медицине завершение детства означает лишь смену адреса лечебного учреждения, юридический смысл Закона о психиатрической помощи охватывает гораздо более обширное социальное пространство. С этим невозможно не считаться, и следует ожидать, что в ближайшем будущем возрастные критерии психиатрической самостоятельности придут в соответствие с социальной реальностью.

В тех случаях, когда психиатрическое вмешательство требует согласия родителей, закон не предусматривает их единодушия по данному вопросу. Сотрудники психиатрических учреждений не обязаны собирать подписи заинтересованных лиц, имеющих право высказать свое мнение (другой супруг, находящийся в разводе, в отъезде и т. п.), ограничиваясь получением согласия одного из родителей или заменяющих их лиц. Однако «в случае возражения одного из родителей или иного законного представителя» психиатрическое вмешательство проводится по решению органа опеки и попечительства, которое может быть обжаловано в суд (ст. 23, 28).

Наряду с гарантиями личных прав на привилегии, возникающие у человека в связи с фактом психического заболевания, закон регулирует и ряд социальных ограничений в пользу и в интересах общества, однако эти меры по своему содержанию ближе к тематике следующей главы, где они и будут рассмотрены.

Вопросы для самостоятельной работы

1. В советском гражданском праве был период несудебной процедуры установления недееспособности, в связи с чем?

2. На какие факторы должен ориентироваться судья, определяя размер возмещения морального вреда в связи с психическим страданием?

3. Кто является законным представителем совершеннолетнего и не признанного недееспособным человека, если тот имеет психические расстройства?

4. В чем состоят ограничения прав и возможностей пациента психиатрического учреждения?

Рекомендуемая литература

Алмазов Б. Н., Решетникова И. В., Звягинцева Л. М., Иванова Л. Я. Психически больной и гражданский закон. Екатеринбург, 1992.

Бабаян Е. А. Правовые аспекты психиатрии в законодательстве СССР. Базель, 1979.

Вопросы дееспособности психически больных / Под ред. Г. В. Морозова // Тр. НИК судебной психиатрии. 1980. № 35.

Дмитриева Т. Б. Альянс права и милосердия. М., 2001.

Законодательство Российской Федерации в области психиатрии: Комментарий / Под ред. Т. Б. Дмитриевой. М., 1997.

О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании: Постатейный комментарий к Закону РФ / Под ред. С. В. Бородина, В. П. Котова, М., 1993.

Осокина Г. Н. Понятие, виды и основания законного представительства. Томск, 2005.

Пешкова О.А. Компенсация морального вреда. М., 2006.

Право и психиатрия / Под ред. С. В. Бородина. М., 1991.

Тиганов А.С. Социально-трудовая реабилитация психически.

Усов Г.М., Федорова М.Ю. Правовое регулирование больных. М., 2002.психиатрической помощи. М., 2006.

Хутыз М. Х. Институт признания недееспособным в дореволюционном русском и советском праве // Учен. зап. ВЮЗИ. 1963. Т. 17.

Эрделевский А. М. Компенсация морального вреда. М., 1997.

Глава 4. Социальные ограничения и государственное принуждение в отношении психически больных людей

Граждане не обязаны терпеть сумасбродное поведение психичес ки больных людей и ожидают от государства, что оно разумно ограничит социально нежелательные последствия отсутствия у подобных лиц «достаточных понятий о своих действиях, неимении представлений о противозаконности и самом свойстве своих деяний, утраты надлежащего разумения». Законодатель откликается на ожидания со стороны общества и вводит в понятие правосубъектности по факту психического расстройства ряд норм ограничительного свойства.

Во-первых, это социальные ограничения, вытекающие из гражданско-правовых, семейных, трудовых, жилищных, избирательных и иных общественных правоотношений, о которых мы достаточно подробно говорили в гл. 3.

Во-вторых, ограничения права личной неприкосновенности в связи с риском опасных последствий по законодательству о здравоохранении.

В-третьих, ограничение свободы и принудительное лечение психически больных людей, совершивших уголовно наказуемое деяние.

1. Принудительные меры медицинского характера по законодательству о здравоохранении

По общему правилу, любая медицинская помощь, в том числе психиатрическая, предоставляется с согласия человека или его законного представителя за исключением случаев, если заболевание может иметь серьезные последствия для окружающих (например, тяжелые инфекции, такие как чума, холера, венерические болезни, туберкулез, в отношении которых проводятся карантинные мероприятия, ограничивающие свободу передвижения, предписывающие недобровольное лечение, вакцинацию, лабораторные анализы и т. п.). Сюда относятся и психические болезни, которые, хотя и не передаются от человека человеку, могут затрагивать иные охраняемые законом права сосуществующих людей.

Недобровольное оказание психиатрической помощи допускается, но основания для этого строго регламентированы:

а) непосредственной опасностью лица для себя и окружающих;

б) его беспомощностью, т. е. неспособностью самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности;

в) вероятностью нанесения существенного вреда здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Инициативу по оказанию психиатрической помощи в недобровольном порядке могут проявить родственники лица, врачи любой специальности, должностные лица и иные граждане. Заявление должно быть адресовано врачу-психиатру, занимающемуся лечебной деятельностью в соответствующем государственном учреждении или по лицензии.

Содержание перечисленных феноменов («опасность», «беспомощность», «вред здоровью») закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» не уточняет, оставляя свободу решения здравому смыслу и житейскому опыту тех, кто уполномочен такие решения принимать.

В настоящее время случаи пренебрежения телом во имя (из-за) религиозных побуждений иногда заставляют родственников обращаться в суд с ходатайством об оказании психиатрической помощи в недобровольном порядке. В такой ситуации судье приходится взвешивать, в какой мере аскетизм, рассматриваемый как повод для психиатрического вмешательства в частную жизнь

человека, свободен в своей основе. А поскольку санкцию на врачебное освидетельствование в недобровольном порядке судья дает заочно, ему особенно тщательно следует оценивать по меньшей мере три главных обстоятельства: наличие реальной угрозы для жизни; соответствие поведения человека нормам и правилам, в которых он почерпнул мотив и повод для самоограничений; соотношение присущего данной личности и чуждого ей в общем рисунке поведения.

Опасность для окружающих тоже может пониматься по-разному. Так, до недавнего времени (до 1988 г.) органы здравоохранения наделялись правом и были обязаны оказывать психиатрическую помощь без согласия пациента лицам, которые «нарушают правила социалистического общежития». Трудно представить себе, каким образом врач устанавливал такого рода факты и с какими правилами он их соотносил, но соответствующая инструкция работала много лет и применялась вполне разумно (в большинстве случаев). Скорее всего, врач ориентировался на здравый смысл, житейский опыт и профессиональную компетентность, а не на букву подзаконного документа. В то же время обусловленный нечеткостью формулировок соблазн подвести политически и социально нежелательное поведение под разряд социально опасного и объявить его симптомом душевного заболевания стал причиной многих злоупотреблений.

Трудно поверить, что искушение властей под видом психиатрического милосердия расправляться с оппонентами, ссылаясь на социальную опасность последних, о чем предупреждал еще Юстиниан, может быть изжито окончательно и навсегда. Во всяком случае, мировая история не дает в этом отношении никакого повода для оптимизма. Так что судье, который обязан своим определением санкционировать недобровольное содержание лица в психиатрической больнице по данному основанию, нужно очень внимательно анализировать не только клиническую, но и фактическую сторону события.

Процедура принятия решения о вмешательстве в личную жизнь человека без его согласия по основанию вероятного вреда имеет три формы: неотложная помощь, когда врач действует по собственной инициативе, обеспечивая поступление человека с подозрением на психическое расстройство в стационар, где вступает в силу порядок судебного разрешения недобровольной психиатрической помощи; судебная санкция на недобровольное психиатрическое освидетельствование, когда судья выполняет административные функции; судебное решение о принудительном содержании больного в стационаре вопреки его

желанию.

Инициатива по привлечению суда к недобровольному освидетельствованию человека может принадлежать родственникам лица, врачам любой специальности, должностным лицам и иным гражданам. Заявление должно быть адресовано врачу-психиатру, занимающемуся лечебной деятельностью в соответствующем государственном учреждении или по лицензии.

При непосредственной опасности, когда дело не терпит отлагательства, психиатр вправе принять информацию в любой форме (даже по телефону) и самостоятельно решать вопрос о недобровольном оказании помощи (ст. 25)[9].

В случаях, перечисленных в пунктах «б» и «в» ст. 25, лица, обратившиеся за помощью, обязаны представить врачу письменное заявление. На его основании, если аргументация убедительна, врач самостоятельно обращается в суд за разрешением провести психиатрическое освидетельствование. Получив материалы, судья в трехдневный срок решает вопрос без возбуждения гражданского дела (ибо в данной ситуации он не осуществляет правосудие, а рассматривает заявление, подобно должностному лицу, в административном порядке). Тем не менее, судья должен внимательно изучить обстоятельства по существу: пригласить для беседы заявителя, врача, ходатайствующего о санкции, связаться с организациями, представившими информацию, и т. д. Не обладая специальными познаниями в области психиатрии, он не в состоянии оценить наличие признаков заболевания, но может проанализировать полноту имеющихся сведений, логичность и последовательность выводов, вероятную тяжесть последствий при неоказании помощи. Найдя представленные сведения достаточными, судья дает санкцию, после чего медицинское учреждение в сотрудничестве с милицией (при необходимости) осуществляет освидетельствование (ст. 306 ГПК).

Постановление судьи может быть обжаловано в порядке, установленном гражданским процессуальным законодательством и Законом о психиатрической помощи.

Без судебной санкции психиатр может действовать лишь в случае, если лицо уже состоит под диспансерным наблюдением психиатрического учреждения (ст. 27).

Если возникает необходимость недобровольного помещения больного в лечебное учреждение, порядок применения насилия оговаривается еще подробнее. И это неудивительно, ибо помещение человека в психиатрический стационар является лишением свободы в широком смысле этого юридического понятия (ст. 302–305 ГПК).

При наличии перечисленных оснований для недобровольного психиатрического вмешательства врач, освидетельствующий пациента, вправе направить его в стационар. Такое направление, однако, не является обязательным для врача приемного покоя больницы. Если же больной помещен в учреждение, он должен быть в течение 48 часов осмотрен комиссией из трех врачей, обязанной либо подтвердить, либо опровергнуть правильность решения о недобровольной госпитализации.

Заключение комиссии об оставлении гражданина в больнице утверждается решением суда, который в пятидневный срок должен рассмотреть вопрос при обязательном участии прокурора, представителя психиатрического учреждения, куда помещен гражданин, а также его самого, если это возможно. При невозможности личного участия больного в заседании суда вопрос рассматривается судьей непосредственно в психиатрическом учреждении (ст. 34).

Закон не содержит перечня требований, предъявляемых к постановлению судьи по вопросу о недобровольной госпитализации, но поскольку оно по своему юридическому значению равнозначно судебному решению по возбужденному делу, то и по форме исполнения должно отвечать процессуальным требованиям.

Во вводной части указываются время и место вынесения постановления, наименование суда, фамилия, имя, отчество судьи, прокурора, представителя психиатрического учреждения, лица, в отношении которого решается вопрос о недобровольной госпитализации, и его представителя. Описательная часть содержит подробное изложение сути заявления (при рассмотрении заявления протокол не ведется), а также возражения против него со стороны лица, в отношении которого решается вопрос, и его представителя. Мотивировочная часть состоит из обоснования вывода, к которому пришел судья, а также ссылки на действующее законодательство. В резолютивной части дается четкий ответ на вопрос о необходимости пребывания лица в психиатрической больнице и объясняется порядок обжалования постановления[10].

Постановление судьи может быть обжаловано в 10-дневный срок со дня вынесения любым из участников рассмотрения заявления (лицом, помещенным в стационар, его представителем, руководителем психиатрического учреждения, организацией, которой законом предоставлено право защищать интересы граждан, прокурором) в порядке, предусмотренном ГПК и настоящим законом. Подача жалобы на постановление судьи не приостанавливает его исполнения.

Отдельно отметим, что закон не предусматривает варианта, при котором решение вопроса о недобровольной госпитализации принималось бы до ее фактической реализации. Пункт 2 ст. 33 специально указывает, что инициатива обращения в суд принадлежит только администрации лечебного учреждения, где находится больной. Это означает, что помещение в стационар и удержание там на срок до семи суток (48 часов до осмотра медицинской комиссией и 5 суток на судебное рассмотрение) полностью входит в компетенцию работников здравоохранения. Правда, для лиц, не состоящих на диспансерном учете и не представляющих непосредственной социальной опасности, недобровольной госпитализации должна предшествовать процедура недобровольного освидетельствования, санкционируемая судьей. Тем не менее, работникам правоохранительных органов нужно очень внимательно изучать обстоятельства помещения человека в больницу, так как в УК введена ст. 128, предусматривающая уголовную ответственность за его незаконность.

Продление срока недобровольного содержания в психиатрической больнице требует повторного судебного рассмотрения через 6 месяцев в течение первого года, а затем раз в год.

Исполнение судебного решения возлагается на органы здравоохранения и частично на органы внутренних дел, когда принудительные меры «наталкиваются» на физическое сопротивление человека. И это понятно: далеко не в каждом случае один вид санитаров и профессиональное умение обращаться с больным человеком гарантируют его подчинение. В реальной жизни порой бывает необходимо войти в запертое жилище, отобрать оружие, применить меры физического стеснения. В таких обстоятельствах вступает в силу Инструкция по организации взаимодействия органов здравоохранения и органов внутренних дел РФ по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими заболеваниями[11]. Подобная практика распространена во всем мире. Например, в Лондоне (из статьи Дж. Данна «Поступление в психиатрическую больницу через полицию») в год на один район приходится примерно 134 случая суицидальных попыток, актов насилия и необычного поведения.

Недобровольное содержание в психиатрической больнице – компетенция органов здравоохранения. Здесь вступают в силу ограничения воли, разрешенные законом: меры физического стеснения; изоляция; лишение возможности переписки без цензуры, телефонной связи и приема посетителей; обязательное

пользование больничной одеждой. Кроме того, недобровольное лечение включает в свой арсенал фармакологическое воздействие мощными успокаивающими и расслабляющими средствами, что позволяет некоторым авторам относить подобную меру к средствам «химического стеснения воли».

В случаях, когда состояние здоровья пациента улучшается, у него восстанавливается разумное отношение к своему заболеванию и он перестает соответствовать критериям, которые являются основанием для принудительного содержания в больнице, врач обязан своим решением перевести его на режим добровольного пребывания в стационаре. Пациент остается в больнице до тех пор, пока на то будет его согласие или согласие законных представителей[12].

2. Принудительные меры медицинского характера по уголовному законодательству

Человек, совершивший деяние, за которое предусмотрено уголовное наказание, подлежит ответственности. Речь может идти лишь о ее формах, среди которых уголовный закон предусмотрел принудительные меры медицинского характера, включающие в себя лишение свободы в широком смысле этого слова или ее ограничение (надзор в порядке диспансерного учета) в сочетании с насильственным вмешательством во внутреннюю среду организма. В дореволюционной России подобные меры, в отличие от «кары за действия, запрещенные под страхом наказания, связанной с давлением на личность», относили к сфере гражданской ответственности, обязывающей «претерпеть те или иные санкции от органов государства за совершенное правонарушение».

Основания для принудительных мер медицинского характера

Подобным основанием чаще всего является **невменяемость**. Статья 21 УК гласит:

«Не подлежит уголовной ответственности лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии невменяемости, то есть не могло осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими вследствие хронического психического расстройства, временного психического расстройства, слабоумия или иного болезненного состояния психики.

Лицу, совершившему предусмотренное уголовным законом общественно опасное деяние в состоянии невменяемости, могут быть назначены принудительные меры медицинского характера, предусмотренные настоящим кодексом».

Данное определение логично вытекает из истории права, которое с XVIII в. «ограничивает круг вменяемых лиц разумными членами общества, которые обладают ясным сознанием и здоровой волей. То есть: а) способны руководствоваться в своей деятельности общими положениями; б) способны уразумевать предписания закона; в) способны понимать, что именно они делают; г) способны предвидеть последствия совершаемого»[13]. Такая установка законодателя на психические расстройства безотносительно к названиям конкретных болезней, с которой

право начало формулировать свои представления о невменяемости, оказалась единственно верной.

Некоторое время юристы пытались ввести в законодательство перечень конкретных расстройств психики, указывая на те или иные заболевания: неимение у безумного представлений о противозаконности своих деяний; отсутствие надлежащего разумения у дряхлых и лунатиков; иные понятия об обязанностях у глухонемых и т. п. Однако это обрекло текущее законодательство на путаницу, ибо в психиатрии и психологии достаточно часто появлялись новые термины. Так что к советскому периоду истории российское Уголовное уложение подошло со следующей формулировкой: «*Не вменяется в вину деяние, учиненное лицом, которое по недостаточности умственных способностей или болезненному расстройству душевной деятельности, или по бессознательному состоянию не могло во время учинения деяния понимать свойства и значение им совершаемого или руководить своими поступками*».

Указанная триада «слабоумие – безумие – расстройство сознания» так и осталась в законе стержневым представлением о невменяемости, претерпевавшем время от времени незначительные модификации. Например, первые уголовные законы советской власти попытались максимально упростить формулировку. В частности, УК РСФСР 1922 г. предписывал, что «*суду и наказанию не подлежат* лица, *совершившие деяние в состоянии душевной болезни или вообще в таком состоянии, когда совершивший его не отдавал себе отчета в своих действиях*» (ст. 17), *«а равно и те, кто хотя и действовал в состоянии душевного равновесия, но к моменту приведения приговора в исполнение страдает душевной болезнью, к таковым лицам применять лишь лечебные меры и меры предосторожности*»[14]. Тем не менее, излишнее упрощение (как и усложнение) себя не оправдало, и законодатель к концу XX в. пришел к формулировке, с которой мы начали параграф.

Правосудию важно не установить сам факт патологического явления, а соотнести его с наличием умысла или неосторожности при совершении противоправного деяния. Невозможность отдавать себе отчет в своих действиях означает интеллектуальный признак, трактуемый не как расстройство интеллекта в виде самостоятельной функции познающего сознания, а как отсутствие психологически понятного умысла, замена его болезненными мотивациями.

Например, рабочий магазина, страдающий шизофренией, неожиданно ударил директора ножом в грудь, объясняя свой поступок тем, что тот якобы собрался взорвать город с помощью

хитроумного устройства. Больной понимал фактическую сторону содеянного (он заявил, что сознательно ударил потерпевшего), однако попытку убийства считал не преступлением, а подвигом, достойным награды. В данном случае интеллектуальный критерий состоит в том, что больной не осознавал социальную сторону своего поведения вследствие бредового расстройства психики.

Волевой признак юридического критерия невменяемости заключается в констатации неспособности руководить своим поведением. Заметим, что если субъект не сознает фактической или социальной значимости своего поведения, он не может и руководить им, ибо воля его не свободна. В таких обстоятельствах наличие интеллектуального признака одновременно означает отсутствие воли. На долю же чисто волевого момента выпадают лишь те редкие случаи, когда субъект сознает и фактическую, и социальную сторону противоправного деяния, но в силу болезни не может сдерживать себя.

Клиническими примерами таких случаев обычно называют патологические последствия эмоциональной неустойчивости лиц, страдающих атеросклерозом, навязчивые явления у больных, перенесших энцефалит, извращенные влечения психопатов, некоторые виды органического дефекта психики, при которых преобладают расстройства произвольной деятельности. Иногда наркотическая абстиненция при тяжелых формах протекания может служить основанием для признания лица невменяемым вследствие отсутствия у него возможности противостоять болезненному влечению к приему наркотика. По признаку расстройства воли определяется и судебно-психиатрическое значение аффекта, когда человек под влиянием экстремальных обстоятельств утрачивает контральтернативу в борьбе мотивов и его поведение принимает характер импульсивного действия.

Вместе с тем ясно, что суд может принять решение по существу только во взаимодействии с врачом, знания которого необходимы для установления причинно-следственной связи между расстройствами сознания и воли, наличием психического расстройства и содержанием противоправного деяния. В некоторых работах теоретического плана данный вид неспособности к вменению образно называют «медицинской невменяемостью». Кроме нее законодатель предусмотрел возможность уменьшенной или ограниченной вменяемости, когда принудительные меры медицинского характера могут применяться наряду с уголовным наказанием. Речь идет о расстройствах психики, которые препятствуют человеку **в полной мере** осознавать фактический характер и общественную

опасность деяний либо руководить ими (ст. 22 УК).

Перед лицом правосудия предстают люди, которые претерпели различного рода ограничения в связи с недостаточностью психической адаптации к обыденным требованиям социальной среды (не успевавшие в учебе, исключенные из школы, уволенные с военной службы, получившие отказ в приобретении водительских прав, не допущенные к ряду профессий и т. п.). Такие люди вполне обоснованно претендуют на то, чтобы уголовный закон дал адекватную оценку их реальным возможностям вести себя соответственно обстоятельствам. Работникам же правоохранительных органов приходится сопоставлять свои позиции с современными представлениями населения о роли психопатологического фактора в законе и жизни.

Например, в ряде случаев такие дефекты психики, как олигофрения или психопатия, могут играть существенную роль в этиологии уголовного преступления. Так, олигофрен зачастую недопонимает последствий содеянного, а психопату под влиянием душевного волнения бывает трудно остановить себя. При уголовно-правовой оценке действий лиц с подобными отклонениями в психической сфере было бы несправедливо подходить с одинаковой меркой к ним и лицам, вполне здоровым. В юридической доктрине вопрос об оценке подобных состояний получил название «уменьшенная, или ограниченная вменяемость». И хотя в УК РФ термин «уменьшенная вменяемость» не используется, речь идет именно о данной категории. В подобных случаях суд может назначать принудительные меры медицинского характера наряду с наказанием, а также (при освобождении от наказания) применять эти меры как таковые[15].

К этой формулировке правовая наука шла извилистым путем.

Откликаясь на требования культуры, теория права вот уже на протяжении полутора веков дискутирует по вопросу о том, какую роль наряду с основными факторами вины (фактом деяния, личной волей и обстоятельствами содеянного) должна играть нервно-психическая недостаточность обвиняемого.

На волне общественного движения за внедрение результатов точных наук в теорию происхождения преступности, поднявшейся в конце XIX в., была даже сделана попытка отдать антропологической концепции приоритет при назначении наказания и ввести в юридическую практику понятие проспективной ответственности. К счастью, вытекающая из этих взглядов пресловутая превенция на психопатологической основе быстро обнаружила свою правовую несостоятельность, и

законодатели цивилизованных стран единодушно отказались от нее. Наличие психических недостатков было отнесено к обстоятельствам, смягчающим вину, а вся социальная профилактика вероятного общественно опасного поведения психически больных лиц возложена на здравоохранение в рамках более или менее эффективного судебного или административного контроля. Реакция же закона на психические недостатки у лица, совершившего противоправное деяние, обрела приемлемые границы.

Уменьшение вины и модификация способов исполнения наказания для лиц с психическими недостатками прошли долгий путь проб и ошибок в новейшей истории отечественного уголовного законодательства. Так, в России до революции 1917 г. акцент делался на способности лица, действующего по «легкомыслию, слабоумию или вследствие недостаточного развития, вызванного неблагоприятной и развращающей обстановкой воспитания», быть субъектом уголовного наказания. После революции предпочтение было отдано модификации поведения с помощью медицины, и в 20-е гг. XX в. за сравнительно короткий срок были открыты центры социальной реабилитации преступников, страдающих психическими заболеваниями, выраженными в легкой форме. Такая практика, продиктованная наивными антропологическими взглядами и носившая на себе отпечаток некритичного подражания зарубежному опыту, быстро скомпрометировала себя в условиях советской действительности. Концентрация лиц, отличающихся сочетанием психической патологии и криминальных наклонностей в стенах учреждения, когда последнему приходилось выполнять помимо лечения функции перевоспитания, привела к вспышкам агрессии интернированных туда правонарушителей. От попыток санировать болезненно измененную почву преступности пришлось решительно и надолго отказаться, и вменяемые, но психически больные преступники стали объектом наказания наравне со здоровыми. Им предоставлялись лишь медицинские услуги в соответствии с правом человека на охрану здоровья.

В 70-е гг. юридическая мысль России, следуя общим тенденциям мировой культуры, стала склоняться к тому, чтобы уточнить отношение уголовного закона к факту психического недостатка при назначении наказания. В работах теоретиков права вновь появилась тема уменьшенной вменяемости, а к концу 80-х гг. отечественная юриспруденция окончательно отдала предпочтение концепции ограниченной вменяемости.

Содержание этого понятия определяется рациональным

сочетанием мер наказания и медицинской реабилитации в обобщенном представлении об уголовной ответственности виновного лица. Оно исходит из реальной необходимости одновременно воздействовать как на личность правонарушителя с ее социальными ценностями и нравственными ориентациями, так и на организм человека, физиологические особенности которого затрудняют разумное волеизъявление и могут служить источником мотивов поведения, не свойственных его личности в ее обычном состоянии.

Право оценивать роль указанных обстоятельств и отдавать приоритет способу воздействия предоставлено суду, который имеет возможность принять несколько вариантов решения.

Во-первых, суд может назначить наказание с одновременным поручением органам, ведающим его осуществлением, реализовать принудительные меры медицинского характера. Это означает, что медицинская служба мест лишения свободы облекается правом и наделяется обязанностью оказывать заключенному психиатрическую помощь в недобровольном порядке в соответствии с Законом о психиатрической помощи. Такое сочетание особенно целесообразно при совершении преступления лицами, страдающими болезненной зависимостью от наркотических средств или хроническим алкоголизмом. Да и при других заболеваниях, не исключающих вменяемости, фармакологическое воздействие может быть не только уместным, но и необходимым.

Во-вторых, суду предоставляется право выбора решения в обстоятельствах, когда социальная опасность и болезненность состояния могут оцениваться в альтернативном варианте. Например, при совершении незначительного правонарушения человеком, который находится под влиянием болезненных переживаний и нуждается не столько в исправлении, сколько в лечении, суд может назначить принудительную меру медицинского характера (причем не обязательно связанную с пребыванием в психиатрической больнице), поручив ее исполнение психиатрическому диспансеру.

Не вызывает сомнений, что расширение полномочий суда значительно повышает эффективность и гуманность правосудия, однако оно также предъявляет качественно новые требования к юридической квалификации криминального явления. В частности, встает вопрос о мере ответственности лица, ведущего расследование, за доказательство факта ограниченной вменяемости. Ведь по логике правоприменения и в соответствии со сложившимися традициями судопроизводства следователь обязан доказывать необходимость применения либо наказания,

либо принудительной меры медицинского характера. Он не вправе включаться в обсуждение альтернативных вариантов судебного решения, а должен лишь выяснять обстоятельства, выступающие в качестве причин и условий, отягчающих или смягчающих вину. Это открывает перед защитой новые перспективы. Адвокат может использовать в интересах подзащитного мнение специалиста, привлекая его в качестве осведомленного свидетеля для того, чтобы склонить суд к принятию более благоприятного решения.

Кроме обстоятельств, вытекающих из состояния человека при совершении противоправного деяния, основанием для назначения принудительной меры медицинского характера является невозможность отбывать наказание.

Психически больные, признанные вменяемыми, направляются для исправления в учреждения органов, ведающих исполнением наказания, где их социальная реабилитация осуществляется в общении с психически здоровыми людьми. Наличие заболевания дает лишь те преимущества, которые имеют все граждане в соответствии с правом на охрану здоровья. Дополнительные условия содержания могут также применяться при решении суда о совмещении исправительных мер с принудительными мерами медицинского характера.

В случае заболевания «тяжелой болезнью» (ст.172, УИК, ст. 81 УК), препятствующей отбыванию наказания, суд вправе освободить заключенного от дальнейшего отбывания наказания, передав его под наблюдение органов здравоохранения или назначив принудительную меру медицинского характера. Для лиц, отбывающих наказание в дисциплинарной воинской части, таким основанием служит появление заболевания, препятствующего прохождению действительной военной службы. Принудительное лечение назначается по общему правилу и продолжается до тех пор, пока суд по представлению психиатрического учреждения не найдет, что социальная опасность, присущая состоянию больного, уменьшилась и есть основания прекратить действие данной меры. Однако в случаях отмены принудительного лечения в сроки, когда не истекло время назначенной судом, осудившим преступника, исправительной меры, эта последняя продолжает осуществляться. Время нахождения в больнице засчитывается в срок пребывания под стражей (ст. 103 УК).

Одним из оснований для назначения принудительных мер медицинского характера может быть невозможность обвиняемого осуществлять свое право на защиту.

Этот факт подлежит установлению с помощью судебно-

психиатрической экспертизы. Когда в процессе следствия по делу вменяемого лица судебно-психиатрической экспертизой выявляется наличие психического заболевания, которое не позволяет лицу отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими, производство по делу должно быть приостановлено (ст. 208 УПК). При этом следователь не может направить больного на принудительное лечение, а обязан передать дело через прокурора в суд для решения вопроса о применении принудительных мер медицинского характера до выздоровления, а если заболевание носит хронический характер – до признания лица невменяемым.

Время, проведенное в лечебном учреждении, включается в срок пребывания под стражей день за день. Если же по выздоровлении суд назначит меру наказания, не связанную с лишением свободы, один день принудительного лечения засчитывается за три дня исправительных работ, ссылки, высылки.

Рассматривая дело об отмене принудительного лечения, назначенного вменяемому лицу, заболевшему во время следствия, суд имеет право прекратить производство по делу с учетом срока давности уголовного преследования, наличия акта амнистии, помилования, изменения обстановки и др.

Если суд найдет, что психическое заболевание у вменяемого лица носит хронический характер и стойко лишает его способности отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими, он может в своем решении исходить из соображений невозможности отбытия наказания и применить к больному принудительную меру медицинского характера, либо прекратить дело с передачей лица органам здравоохранения для лечения на общих основаниях (ст. 443 УПК).

В заключение напомним, что принудительные меры медицинского характера не являются возмездием, они назначаются лишь в связи с противоправным деянием и только в тех случаях, когда болезненные психические расстройства связаны с опасностью для себя и других либо возможностью причинения существенного вреда.

Особенности уголовного судопроизводства при назначении принудительных мер медицинского характера

Назначение принудительных мер медицинского характера осуществляется с соблюдением правил, гарантирующих от возможного ущемления прав человека, обладающего фактически

меньшей процессуальной дееспособностью, чем остальные граждане.

Доказательство невменяемости происходит по процедуре, указанной в гл. 51 УПК. Выделим несколько стержневых правил.

1. Необходимо доказать следующее: время, место, способ и другие обстоятельства совершенного деяния; факт совершения данным лицом деяния, запрещенного уголовным законом; характер и размер ущерба, причиненного деянием; наличие у данного лица психических расстройств, их степень и характер в момент совершения деяния, запрещенного уголовным законом, или во время рассмотрения дела. Для этого производство предварительного следствия обязательно.

2. Психически больное лицо, в отношении которого в качестве меры пресечения применено содержание под стражей, должно содержаться в учреждении, приспособленном для содержания арестованных[16].

Содержание в психиатрическом учреждении лица, не взятого под стражу, производится с разрешения суда.

3. В производстве по делу о применении принудительных мер медицинского характера участие защитника обязательно.

4. По окончании предварительного следствия следователь выносит постановление либо о прекращении дела производством по общим основаниям, предусмотренным законом, когда болезненные психические расстройства не связаны с опасностью для себя и других лиц и возможным причинением иного серьезного вреда, либо о направлении дела в суд для применения принудительных мер медицинского характера. Постановление следователя утверждается прокурором.

5. Рассмотрение дела производится по общим правилам судебного разбирательства.

Если вопрос о том, что подсудимый не может быть привлечен к уголовной ответственности по психическому состоянию, возник в судебном заседании с участием коллегии присяжных заседателей, председательствующий выносит постановление о прекращении рассмотрения и переходит к процедуре, предусматривающей участие трех судей.

6. При признании доказанным, что деяние, запрещенное уголовным законом, совершено в состоянии невменяемости или что лицо после совершения преступления заболело психическим расстройством, делающим невозможным назначение или исполнение наказания, суд выносит определение об освобождении его от уголовной ответственности. Затем, ориентируясь на наличие опасности по психическому состоянию и тяжесть совершенного деяния, суд выносит определение либо о

применении конкретной меры медицинского характера, либо о неприменении принудительной меры медицинского характера, либо о прекращении дела по общим основаниям вне зависимости от наличия или характера заболевания.

Признав, что психическое расстройство лица, о котором рассматривается дело, не установлено или что заболевание лица, совершившего преступление, не устраняет применения к нему мер наказания, суд своим определением возвращает дело для производства дополнительного расследования и дальнейшего направления дела в общем порядке.

7. Порядок ознакомления с делом, приема заявлений, ходатайств и протестов определен общими правилами УПК.

Решение об освобождении от отбывания наказания в связи с психическим расстройством и применении принудительных мер медицинского характера принимается в порядке разрешения вопросов, связанных с исполнением приговора.

По общему правилу все вопросы, возникающие при исполнении приговора, разрешаются судом, его вынесшим. Однако если приговор приводится в исполнение вне района деятельности постановившего его суда, они (вопросы) разрешаются одноименным судом, а при отсутствии такового в районе исполнения приговора – вышестоящим судом. Копия определения направляется суду, постановившему приговор.

Инициатива выхода в суд принадлежит администрации исправительного учреждения, где осужденный отбывает наказание.

Начальник органа, ведающего исполнением наказания, вправе при наличии достаточных оснований провести медицинское освидетельствование заключенного для установления его возможности отбывать наказание. Закон не перечисляет обстоятельства, обязывающие администрацию мест лишения свободы ставить перед судом вопрос об отмене наказания по состоянию здоровья. Это естественно, так как появление больного человека затрудняет в первую очередь работу надзорсостава, и в его интересах воспользоваться правом перевода заключенного на принудительное лечение.

Медицинская комиссия из трех врачей комплектуется из числа сотрудников учреждений, исполняющих наказание. Такое доверие к медицинским работникам, не облекаемым обязанностями экспертов, в своей основе вполне рационально. Они знают специфику межличностных отношений в уголовной среде, что недоступно для врачей общей практики, и способны отличить разного рода психологические наслоения, которые могут поставить в тупик неопытных специалистов.

На основании медицинского заключения о невозможности дальнейшего отбывания наказания начальник органа, ведающего исполнением наказания, составляет представление, с которым выходит в суд. Судья в заседании с участием прокурора и представителя врачебной комиссии, давшей заключение, рассматривает вопрос как в присутствии, так и в отсутствие осужденного.

Содержание понятия «невозможность отбывать наказание» не регламентировано конкретными медицинскими и юридическими критериями в отличие от определения невменяемости. Это дает суду право самостоятельно оценивать обстоятельства, имеющие значение по делу, и принимать либо отвергать доводы сторон исключительно на основе собственного внутреннего убеждения. Единственным ориентиром, который дает суду действующее законодательство, служит наличие тяжелого заболевания, не позволяющего лицу осознавать фактический характер и социальные последствия своих действий (ст. 81 УК, 172 УИК, 397 УПК).

На практике речь идет, как правило, о тяжелых заболеваниях, не поддающихся лечению в условиях медико-санитарных частей мест лишения свободы. Суд должен тщательно проанализировать, какие способы терапии применялись, насколько упорным было стремление врачей добиться улучшения в состоянии больного, какое время он находился под активным врачебным наблюдением, в чем именно выражаются признаки ухудшения здоровья, свидетельствующие о хроническом характере заболевания. Другими словами, администрация мест лишения свободы обязана доказать невозможность, а не нежелательность пребывания лица в среде осужденных. Лишь в этом случае суд обретает не только формальное, но и моральное право на отмену наказания.

Вместе с тем к решению данного вопроса не следует подходить с предвзятым мнением о стремлении заключенного заменить меру наказания на принудительное лечение в психиатрической больнице. Вполне может оказаться, что социальные ограничения, связанные с осуществлением наказания, сделают его более предпочтительным, так что лицам, не лишенным гражданской процессуальной дееспособности, надлежит предоставлять возможность высказать свою точку зрения в судебном заседании.

Вопрос о применении принудительных мер медицинского характера по данному основанию решается судом единолично. Осужденный может реализовать свои права с помощью защитника, а в тех случаях, когда психические недостатки

лишают его возможности самостоятельно осуществлять право на защиту, участие защитника обязательно. Когда в процессе следствия над вменяемым лицом последнее утрачивает возможность осуществлять свое право на защиту в связи с возникшим психическим расстройством и дело должно быть приостановлено до выздоровления, следователь и суд вынося решение о применении принудительных мер медицинского характера, руководствуются общими правилами, согласно которым такие меры назначаются.

Прекращение или изменение принудительной меры медицинского характера производится по представлению администрации учреждения, ее осуществляющего, с приложением заключения комиссии врачей, представитель которой вызывается в судебное заседание. О проведении заседания суд извещает законного представителя лица, в отношении которого рассматривается дело, прокурора и защитника. Участие прокурора и защитника обязательно, неявка других лиц не препятствует рассмотрению дела.

В случаях, когда принудительная мера медицинского характера применялась к лицу, заболевшему после совершения преступления, и на момент судебного рассмотрения дела основания для нее отпали, суд решает вопрос о возобновлении следственных действий с того этапа, на котором они были приостановлены. При отсутствии оснований для прекращения или изменения принудительной меры медицинского характера суд продляет ее.

Здесь необходимо сказать несколько слов о содержательной стороне дела, отличающей назначение и отмену принудительных мер медицинского характера. Так, возвращая подследственного к выполнению своих обязанностей перед уголовным законом или заключенного – в места лишения свободы, суд вынужден ориентироваться в признаках, свидетельствующих об улучшении здоровья данного субъекта и восстановлении у него адекватной реакции на жизненные обстоятельства. Слепое доверие к врачебному заключению в подобных вопросах неуместно, ибо оно сводит роль суда к простой констатации мнения специалистов от лица правосудия. И хотя уголовно-процессуальный закон не обязывает судью вызывать лицо, в отношении которого решается вопрос, для участия в процессе судебного разбирательства, полагаться на заочную процедуру было бы неверным. Психически больной человек вправе рассчитывать на собственную компетенцию суда в оценке юридического значения психической патологии и его способность принять решение по существу на основе внутреннего убеждения.

В ситуации, когда отменяется принудительное лечение признанного невменяемым, перед судом встает вопрос об оценке социальной опасности, таящейся в состоянии больного, и гарантиях от повторения им уголовно наказуемых поступков. Ориентирами в данном случае могут служить следующие факторы: тяжесть содеянного, содержание болезненных переживаний, личностные установки больного человека.

Тяжесть содеянного легче всего поддается юридической оценке, ибо фактическая сторона дела бывает, как правило, достаточно очевидной, хотя далеко не всегда может быть положена в основу судебного решения. Кратковременное психическое расстройство (интоксикационный психоз, патологический аффект) может стать причиной очень опасных действий у людей, не склонных к нарушению закона. По сути, они как личности не представляют общественной опасности уже ко времени судебного заседания, на котором им назначается принудительная мера медицинского характера. Судья должен был прибегнуть к последней из соображений здравого смысла и с учетом реакции общественного мнения на реальное событие. Лечение таких людей носит, скорее, символический характер, а срок его, строго говоря, не имеет отношения к медицине.

Содержание болезненных переживаний, напротив, очень затруднительно для юридической оценки и может явно контрастировать с тяжестью содеянного. Например, привлеченный за хулиганские действия к уголовной ответственности больной обнаруживает стойкие бредовые идеи, угрожающие реальной агрессией в отношении конкретных лиц. Ясно, что его преждевременная выписка нецелесообразна. Вопрос лишь в том, каким образом судья, не обладающий навыками врачебного исследования психического здоровья человека, может получить представление о наличии такого рода переживаний. В любом случае он вынужден прежде всего полагаться на врачебное мнение, но при этом обязательно сопоставлять медицинскую информацию с материалами заинтересованных лиц, ходатайствующих о прекращении действия принудительной меры, а при необходимости использовать правовые инструменты контроля за оказанием психиатрической помощи, предусмотренные законом.

Личностные установки больного человека обычно складываются до того, как он заболел психически, и деформируются под влиянием болезни на сравнительно поздних ее стадиях, так что к моменту принятия судебного решения они предстают в сложном взаимодействии с патологическими переживаниями. Например, наличие криминальных навыков

может обусловливать появление чувства безнаказанности и стремление по прошествии болезненных расстройств следовать своим антиобщественным побуждениям, так что внешне упорядоченное поведение больного и незначительность психопатологических переживаний вовсе не свидетельствуют об уменьшении его социальной опасности.

Таким образом, отменяя принудительную меру медицинского характера, судья вынужден вникать в личные обстоятельства человека еще глубже, нежели при ее назначении, ибо закон доверяет его внутреннему убеждению, не ограничивая его каким-либо перечнем критериев или обстоятельств, подлежащих доказыванию в процессе судебного рассмотрения.

Осуществление принудительных мер медицинского характера

Основной исполнитель судебного решения – психиатрическая больница. Лица, помещенные туда по данному основанию, пользуются всеми правами пациентов психиатрических учреждений, однако им запрещено покидать больничную территорию (в частности, на них не распространяются правила обычно практикуемых лечебных отпусков).

Если по своему состоянию и характеру поведения пациент может находиться среди обычных больных, его направляют в больничный стационар общего типа. Тех, кто создает риск вероятности общественно опасных действий, содержат в больницах специального типа, комплектуемых только лицами, которым назначены принудительные меры медицинского характера. Больные, представляющие особую опасность для себя и окружающих, содержатся в специализированных больницах с интенсивным наблюдением, где охрана обеспечивается сотрудниками МВД. Перевод пациента в психиатрическую больницу с иным видом наблюдения осуществляется по определению суда.

Лица, помещенные в психиатрический стационар по решению суда о применении принудительных мер медицинского характера, признаются нетрудоспособными на весь период пребывания в данном учреждении и имеют право на пособие по государственному социальному страхованию или пенсию на общих основаниях (ч. 2 ст. 13 закона «О психиатрической помощи…»). Другими словами, при коротких сроках принудительного лечения больной имеет право на больничный лист, а на остальной срок ему определяется группа инвалидности. Выплата пенсий в период принудительного

лечения производится в порядке, установленном действующим законодательством. Амбулаторное принудительное лечение и наблюдение может осуществляться как в обычных условиях, так и в соединении с отбыванием наказания, в том числе в местах лишения свободы. Последнее особенно актуально для наркозависимых лиц, признанных ограниченно вменяемыми. В тех случаях, когда возникает необходимость поместить человека, отбывающего амбулаторную меру принудительного лечения, в стационар, он пользуется медицинской помощью по основаниям, предусмотренным законодательством о здравоохранении, без изменения меры, назначенной судом. Суд обязан один раз в шесть месяцев на протяжении первого года, а затем ежегодно рассматривать вопрос об отмене, изменении или продлении принудительной меры медицинского характера[17].

Вопросы для самостоятельной работы

1. Чем гарантировано право на личную тайну человека, которому оказывают (ли) психиатрическую помощь?

2. В каких случаях следователь обязан получить разрешение суда на проведение судебно-психиатрической экспертизы?

3. Что такое «ограниченная вменяемость»?

4. Какими критериями руководствуется судья, принимая решение, что в применении принудительных мер медицинского характера «отпала необходимость»?

Рекомендуемая литература

Батанов А. Н., Друзин А. И., Рагулина А. В., Чучаев Принудительные меры медицинского характера в уголовном праве России. Ульяновск, 2002.

Горанов В. В., Королева Е. В. Гражданская процессуальная дееспособность лиц с психическими расстройствами. М., 1999.

Казаченко И. Я., Сухарев Е. А., Гусев Е. А. Проблема уменьшенной вменяемости. Екатеринбург, 1993.

Кандинский В. Х. К вопросу о невменяемости. СПб., 1980.

Ковалев М. И., Алмазов Б. Н. Оценка психического здоровья уголовным законодательством. Свердловск, 1986.

Лунц Д. Р. Проблема невменяемости в теории и практике судебной психиатрии. М., 1966.

Михеев Р. И. Основы учения о невменяемости. Владивосток, 1980.

Назаренко Г.В. Принудительные меры медицинского характера. М., 2003.

Протченко Б. А. Принудительные меры медицинского характера. М., 1971.

Глава 5. Невиновное причинение вреда в связи с расстройством психической деятельности

«Вина – это предусмотренное уголовным законом психическое отношение лица в форме умысла или неосторожности к совершенному деянию. Психологическое содержание вины занимает центральное место среди категорий, ее характеризующих… оно обусловлено совокупностью сознания и воли, их соотношением».

Глава начата цитатой, утверждающей примат субъективного фактора в концепции вины, для того, чтобы подчеркнуть: невменяемость перестала исчерпывать юридические представления о роли психического фактора в существовании деликта. Мы вступили в новую область правового пространства, где незамысловатые установки вроде «больного нужно сначала вылечить, а лишь потом наказывать», которые буквально до последнего времени можно было встретить на страницах юридической литературы, звучат откровенным анахронизмом.

Здесь нелишне напомнить, что взгляды на вину, кого бы мы ни процитировали, не являются аксиомой. Например, в средние века могли обвинить и осудить животное за пролитие человеческой крови. До сих пор остается не до конца решенным многовековой спор относительно того, может ли быть виновной корпорация, взятая как совокупность отдельных личностей. Единство мнений не гарантируется и по другим вопросам. Так что в настоящем определении нас интересует не столько его теоретическая точность, сколько содержание понятия, которое наилучшим образом соответствует тематике нашей работы[18].

«Вред» обычно понимается как нарушение чьих-либо охраняемых законом прав недозволенными действиями, влекущими за собой обязательства претерпеть наказание и компенсировать нанесенный ущерб при условии наличия вины. Исходя из сочетания этих понятий, мы и рассмотрим те расстройства психической деятельности, которые дают основания освободить причинителя вреда от каких бы то ни было правовых последствий своего поведения.

Обязательства, возникающие вследствие причинения вреда личности гражданина или его имуществу, возникают при наличии ряда условий: а) факта причинения вреда; б) неправомерности действий или бездействия причинителя вреда; в) существования причинной связи между неправомерным

поведением и причинением вреда; г) наличия вины причинителя вреда. При отсутствии вины возможность привлечения к ответственности предусмотрена лишь в особых случаях (например, в отношении владельца источника повышенной опасности).

По общему правилу внедоговорная ответственность, предполагающая наличие виновного поведения, зависит от психического состояния человека, а именно от его способности понимать значение своих действий или руководить ими.

«За вред, причиненный гражданином, признанным недееспособным, отвечает опекун или организация, обязанная вести за ним надзор, если не докажут, что вред возник не по их вине». Эта формулировка представляется справедливой, ибо с названных физических или юридических лиц будет взыскано за уклонение от своих прямых обязанностей, тогда как сам недееспособный с точки зрения гражданского закона за свои действия не отвечает.

Если причинитель вреда не признан недееспособным, но находился в состоянии, не позволяющем ему понимать значение своих действий или руководить ими, законодатель освобождает его от ответственности за неправомерное поведение по причине отсутствия психического содержания вины. Причем специально оговаривается, что из круга такого рода состояний исключаются любые виды опьянения (алкогольное, наркотическое, токсическое).

В широком смысле слова (пользуясь терминологией дореволюционных авторов) невменяемость можно рассматривать как уголовную недееспособность (Н. С. Таганцев). Гражданские иски в отношении невменяемых лиц по факту ущерба, нанесенного их общественно опасным поведением, судом не принимаются. Так что на стороне людей, чьи интересы оказались ущемлены, если нельзя спросить с опекунов или попечителей, остается лишь сочувствие общества как к жертвам слепой стихии без конкретных указаний на компенсацию страданий государством.

1. Несоответствие психического развития достигнутому возрасту как основание для признания невиновным

«*Уголовной ответственности подлежит только вменяемое лицо, достигшее возраста, установленного настоящим Кодексом*» (ст. 19 УК).

Фактор «малолетства» в истории права неоднократно смещался из сферы житейских представлений о психической зрелости в область судебно-психиатрической компетенции. Так, в Уложении о наказаниях Российской Империи об «отсутствии у малолетних достаточных понятий о своих действиях» говорила ст. 94, расположенная в разделе о невменяемости. В дальнейшем «жертвы небрежного и развращающего воспитания» отошли к компетенции юристов, а врачи должны были высказываться лишь о «лицах с недостаточностью умственных способностей». В первые годы советской власти, когда педология брала на себя смелость определять факторы «умственной и нравственной дефективности», вопрос опять сместился в направлении биологии и медицины. Затем, когда педология была запрещена, педагогические критерии возраста отошли под покровительство общественных наук. И лишь в последнее время законодатель остановился на формулировках, позволяющих судить как о почве (дефицит возможностей развития), так и об обстановке воспитания (педагогическая запущенность) в комплексе.

Если несовершеннолетний достиг возраста, с которого наступает уголовная ответственность, но вследствие отставания в психическом развитии, не связанном с психическим расстройством, во время совершения общественно опасного деяния не мог в полной мере осознавать фактический характер или общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими, он не подлежит уголовной ответственности (ст. 20 УК). По данному основанию уголовное дело должно быть прекращено.

В этом определении выделим некую разграничительную линию – установим значение формулы «не связанное с психическим расстройством». Речь идет о состояниях, не подпадающих под клинический диагноз «олигофрения». Для олигофренов, которые приспосабливаются (адаптируются) к жизни иначе, чем плохо обученные и небрежно воспитанные дети, применяются мерки традиционной невменяемости.

Иначе говоря, закон имеет в виду исключительно последствия

так называемой семейно-педагогической запущенности. Здесь, в отличие от врожденного слабоумия с его довольно ясной клинической картиной, нужно быть предельно внимательным в оценке состояния личности в целом. Ведь дети вообще, а особенно те, которых воспитывают среда и улица, обычно развиваются крайне неравномерно «по фронту взросления». Что-то они знают хорошо или вполне сносно, а где-то, особенно в областях, в которых им не довелось иметь реального дела, остаются полными профанами. Оставаясь «по-детски безнравственными», люди адаптируются к жизни за счет сильных сторон личности однобоко, хотя и вполне эффективно, но – в привычных условиях! И могут легко растеряться при неожиданном повороте событий. Так что само по себе «отставание» очень многообразно. Например, характеристика «отстающий ученик» может означать всего лишь талантливого лентяя. Отстающие по медицинским критериям плохо развиты физически. По-житейски в число аутсайдеров можно попасть, переехав из деревни в город или из города в деревню, и т. п.

В названной статье законодатель предписывает ориентироваться на зрелость сознания и независимость воли. Содержание этих критериев нужно проанализировать подробнее и выяснить, о какой характеристике сознания идет речь и что может свидетельствовать об ущербе воли в связи с отставанием в развитии.

По нормам уголовного права для того, чтобы человек был способен ко вменению, его сознание должно не только наличествовать, как таковое, но и иметь известный уровень развития, т. е. человек должен понимать социальную значимость своих поступков, предвидеть причинные связи своей деятельности с ее результатами, быть способным к критическому анализу своего поведения и соизмерять его с нормами поведения, установленными в обществе. Все это приходит к человеку постепенно (сознание как психологический феномен обнаруживает себя примерно в трехлетнем возрасте) в процессе обучения и воспитания к определенному сроку. В частности, в России гражданин обязан овладеть соответствующими навыками к 14 годам жизни и уметь к этому сроку отличать запрещенное по закону от недозволенного иными правилами: дисциплиной, моралью, традициями, родительской властью и т. п. С 14 лет граждане признаются преступниками по сравнительно простым для понимания, но тяжким правонарушениям.

По-видимому, дело в том, что к этому сроку в сознании происходят качественные перемены, меняющие детское мироощущение на мировоззрение взрослого человека. Другие

показатели роста не имеют столь четкого рубежа. Например, обладание знаниями, по сумме которых современный ребенок много выше своих предков, не делает его взрослее. Физическое развитие также не дает надежных критериев для оценки социальных возможностей человека. Попытки ориентироваться на них в обозримом прошлом для определения сроков ответственности себя не оправдали. Так, УК 1926 г. повысил возраст уголовного совершеннолетия до 16 лет, а постановление ЦИК и СНК РСФСР от 7 апреля 1935 г. «О мерах борьбы с преступностью несовершеннолетних» установило уголовную ответственность по наиболее тяжким правонарушениям с 12 лет. Однако в 1941 г. пришлось вернуться к 14-летнему рубежу.

Речь в данном случае идет об ответственности, выраженной в наказании, связанном с давлением на личность. Об этом необходимо напомнить, так как в юридической литературе иногда возникает путаница из-за того, что в некоторых странах к категории «уголовная ответственность» относят и меры воспитательного характера, если они назначаются судом. В частности, иногда встречаются ссылки на то, что в Англии уголовная ответственность наступает с 8 лет, в Египте – с 7, в Израиле – с 9, в США – с 7. На самом же деле речь идет о помещении ребенка в закрытое учебное заведение по типу отечественных специальных школ, где создаются условия воспитания, предусматривающие ограничения исключительно педагогического свойства[19].

Дело в том, что законодателю при оценке поведения человека приходится считаться не только с обстоятельствами его жизни (поток информации, вовлечение детей в производительный труд, отвлечение родителей революционными процессами и т. п.), но и с закономерностями антропологического характера, суть которых заключается в тесной связи возрастной психологии с половым созреванием, когда физически человек проявляется как носитель потомства, а духовно – как обладатель внутренних смыслов поведения. И происходит это одновременно. Люди с недоразвитым гипофизом[20] остаются инфантильными и в личностном отношении. Это явление получила специальное название «гипофизарный нанизм». (Подробнее о природе самосознания и его характеристиках, имеющих значение для юридической оценки психической зрелости, будет сказано в гл. 7.)

Между тем возможность и вероятность пробуждения самосознания как инструмента, позволяющего переносить внешние нормы и требования во внутренние смыслы личности, не означает, что оно одинаково по качеству у разных людей. И это

понятно. Ведь для того чтобы за время, отведенное подростку для накопления личностно значимого опыта, он стал надежным руководителем своего поведения в целом и правопослушного поведения в частности, ему необходимы знания, умения и навыки, усвоенные в детстве. Естественно, что подросткам, которые были в школе изолированными, в семье запущенными, а в среде неофициального общения неприветствуемыми, становление самосознания дается с большим трудом. Будучи оттеснены от позитивных социальных ролей, они зачастую не умеют общаться не только с окружающими, но и с самими собой, так что когда приходит пора «отдавать себе отчет в своих действиях», они в нравственных оценках остаются сущими детьми даже при демонстративном и вызывающем поведении.

В юридической литературе прежних лет неоднократно ставился вопрос о том, чтобы рассматривать биологический (хронологический, паспортный) возраст подростка лишь как примерный ориентир для суда, позволяющий предположить и допустить вероятность осознанной воли в противоправном поведении, но не как прямое доказательство способности ко вменению[21]. Отныне такой подход утвержден в качестве законодательной нормы. Психический возраст доминирует над физическим. Для предания суду подросток должен обладать по меньшей мере самосознанием как таковым, которое кроме того, должно быть развито в такой степени, чтобы обеспечивать следующие способы мышления: абстрактно-правовой, базирующийся на общечеловеческих ценностях; абстрактно-юридический, вбирающий в себя представления о преступной форме общественно опасного поведения; конкретно-юридический, представленный буквой закона с присущей ему диспозиционной нормой[22]. Как заметил И. С. Ной, «если потребность в самореализации личности запаздывает, подросток остается умным ребенком с наивной мотивацией серьезных по своим последствиям поступков»[23].

Чтобы установить факт недоразвития самосознания, препятствующий подростку в полной мере представлять себе общественную значимость своего противоправного поведения, необходимо знать отдельные фазы задержки психического развития, известные психологии, педагогике и медицине. Приходится расчленять историю развития несовершеннолетнего на элементы, где отдельные компоненты взросления можно разглядеть, измерить и оценить в качестве более или менее достоверного факта.

Для начала приведем несколько примеров, на наш взгляд, достаточно типично отражающих проблемы, с которыми

приходится сталкиваться в практике подросткового правосудия.

Н., 14 лет и 5 месяцев, воспитывался в своеобразной изоляции от сверстников. Его мать, работавшая скотницей на ферме, почти постоянно держала сына при себе, отпуская его только на занятия в школу. Естественно, что его успехи в учебе были очень скромными, а с отроческого возраста он и вовсе перестал учиться, обидевшись на постоянные насмешки, которым подвергался за свою нелюдимость и несообразительность. На предложения отдать ребенка в интернат мать неизменно отвечала отказом, так что развитие мальчика почти полностью зависело от стихии деревенских отношений. К 14 годам подросток не имел ни друзей, ни старших товарищей, ни работы.

Однажды, встретив на лугу соседскую 12-летнюю девочку, ожидавшую возвращения коровы из стада, он стал требовать от нее, чтобы та вступила с ним в половые отношения, и попытался раздеть ее силой, однако не довел домогательства до конца, так как вдали показался взрослый человек. Но своего намерения он не оставил и забрал у ребенка заколку для волос, объяснив, что отдаст ее завтра в то же время, если девочка придет на это же место одна.

В последующем, будучи привлечен к уголовной ответственности за попытку изнасилования, подросток пояснил, что заколка для волос важнее полового сношения (о котором, кстати сказать, у него еще не было личного представления), так как за ее потерю накажут родители. Он говорил об этом вполне убежденно даже после многомесячного заключения в следственном изоляторе, а общая примитивность его интеллекта не оставляла сомнений в том, что именно так он и думал.

Недостаточность умственного развития может стать причиной вовлечения в криминальную ситуацию.

Так, 14-летняя О., дочь врачей, понимающих, что их ребенок отстает в умственном развитии, но не желающих жертвовать своей репутацией, обучалась в общеобразовательной, а не вспомогательной школе. Помимо уроков, где она отбывала положенное время благодаря снисходительности учителей, девочка находилась почти все время дома. Родители, не без оснований опасаясь уличной среды, старались устранить

из жизни дочери нежелательные контакты, а когда она достигла физической зрелости, изъяли из обихода сексуально значимую информацию, способную подтолкнуть фантазию ребенка в эротическом направлении.

Однажды, попав в компанию молодежи, О. оказалась втянутой в игру, по ходу которой, как ей объяснили, нужно раздеться и лечь с юношей в кровать. Она сделала то, что от нее требовали, но, почувствовав боль в промежности, по ее словам, «обиделась и убежала».

Иногда суду и следователю приходится считаться с преобладанием у подростка инфантилизма.

Например, *подэкспертный Ж., 14 лет и 3 месяцев, обвинялся в краже, стиль которой не вызывал особых сомнений в рациональных способностях подростка. Однако впечатлительность, легкомысленность, внушаемость, преобладание игровых интересов обратили на себя внимание следователя.*

Выяснилось, что у ребенка долго отсутствовала речь и лишь к 4–5 годам он заговорил завершенными фразами. В дальнейшем умственное развитие позволило ему догнать сверстников, но на уроках он быстро уставал, ему не нравилось учиться, а за постоянную готовность шалить ему отвели роль шута. По стечению обстоятельств ни родители, ни учителя не откликнулись на стремление ребенка получить эмоциональное покровительство у взрослого человека и остались по отношению к нему в рамках требований формальной дисциплины. Постепенно за ним закрепилась репутация дерзкого ослушника, но она явно не соответствовала внутреннему миру мальчика. Уличные друзья были о Ж. совсем другого мнения. В их среде он считался глупым, наивным, несамостоятельным, и этими чертами пользовались многие ребята. Они вовлекали Ж. в разные шалости, подбивали на совершение мелких краж, делали его объектом жестоких забав.

При его психологическом исследовании установлены примитивность ассоциаций, образность мышления, наивность суждений, конкретность представлений, сочетающиеся с эмоциональной неустойчивостью, внушаемостью, склонностью к фантазированию.

Таким образом, специфика воспитания, состояние ума и

общая психическая незрелость в приведенных случаях дополняют друг друга в разных пропорциях, но в комплексе не оставляют сомнения относительно задержки развития личности в целом. Все три подростка из приведенных примеров явно дезадаптированы в социальной среде из-за того, что присущие им психические недостатки не обратили на себя внимание хорошего педагога, способного понять детские проблемы и помочь их преодолеть.

Вместе с тем подобные выводы можно сделать лишь после тщательного исследования случая в целом, а на первых этапах, когда необходимость составить впечатление о соответствии психического развития паспортному возрасту только наметилась, сведения бывают разрозненными и лаконичными.

Чаще всего объем полученной информации не устраивает суд, так как ее предоставляют специалисты, решающие частные задачи ведомственного характера. Нередко характеризующие материалы ограничиваются указанием на вероятные причинные факторы (дефекты семейного воспитания, перенесенные болезни) без анализа признаков отставания или диагноз, полученный ребенком при очередном психологическом обследовании, лишен мотивировочной части и рассчитан исключительно на доверие к специалисту. Цепочка причинно-следственных связей редко протягивается по всей длине ассоциаций от посылок к умозаключениям, так что при подготовке судебного решения приходится восстанавливать многие упущения или незамеченные детали. Это делает экспертизу психической зрелости специфичной и своеобразной частью процедуры отправления правосудия. При решении вопроса о соответствии психического развития паспортному возрасту чаще всего приходится опираться на житейский опыт несовершеннолетнего и оценивать его реальную самостоятельность, признанную окружающими (родителями, педагогами, сверстниками, партнерами по совместной деятельности и др.). Достаточно вспомнить образы уличных мальчишек (Гавроша В. Гюго или Гекльберри Финна М. Твена), пронизанные доверием к их способности правильно выбрать линию поведения, чтобы убедиться, что «по жизни» взрослость дается порою много раньше совершеннолетия, однако «по закону» такое доверие чревато весьма серьезными ошибками. Ранний жизненный опыт отличается крайней неравномерностью по фронту созревания. Полученный в довольно специфических условиях, он совмещает в себе проницательность и зрелость суждений с вопиющей безграмотностью и крайней наивностью, так что соединить эти полюса в обобщающем выводе бывает далеко не просто. Поневоле приходится расчленять единую картину на составляющие ее элементы, где отдельные

компоненты взросления можно разглядеть, измерить и оценить в качестве более или менее достоверных фактов.

Объективнее других выглядят **биологические показатели возраста.** До начала полового созревания они представлены главным образом физиологическими данными: вес, рост, объем грудной клетки. Кроме того, в критерии развития входят некоторые функциональные показатели, такие как ловкость, навыки пользования спортивными снарядами, инструментами и предметами вообще. Предполагается, что человек определенного возраста должен иметь развитое тело и уметь им владеть. В возрастной физиологии существуют нормативные комбинации показателей, выведенные на основе научных исследований. Менее заметны иные признаки, вроде смены зубов, их формулы, окостенения хрящей, возрастной перестройки органов и тканей.

С началом полового созревания на первый план выходят вторичные половые признаки: оволосение, изменение пропорций тела, начало деятельности семенных желез. Их появление совпадает по времени с началом подростковых личностных реакций, так что гипогинетализм дает основания предположить и соответствующую слабость побуждений и стремлений, свойственных переходному возрасту.

Интеллектуальный рост, связанный с повышением эрудиции, совершенствованием рассудка и разумной регуляцией поведения, также имеет более или менее ясно очерченные стадии. Они заданы условиями обучения, отражены в школьных программах, входят в нормативы экзаменационных испытаний и психологических исследований. Их содержание известно весьма широко.

Овладевая грамотой, ученик постепенно, шаг за шагом, переходит от впечатлений, получаемых им при соприкосновении с внешней средой, к образам, созданным культурой. Под влиянием учителей он овладевает навыком ассоциировать их в соответствии с законами, открытыми наукой. По мере повышения образования способность применить полученные знания на практике делает человека воистину разумным, оправдывая то название, которое он дал сам себе в классификации видов. «Скажи, что это такое, для чего используется, как работает, по каким законам действует», – так (или примерно так) зондируем мы обычно умственное развитие человека.

В психологии каждому возрасту определены достаточно четкие границы умственного развития, свидетельствующие о способности человека к отвлечению и преобразованию. Особенно тщательно разработаны показатели для первых десяти лет жизни, однако и в дальнейшем можно составить достаточно ясное

представление об уровне умственного развития индивида. Так, в отроческом возрасте ребенок должен улавливать скрытый смысл иносказаний, соотносить свои поступки с общими правилами, уметь объяснить свои манипуляции с предметами при помощи простых законов математики и физики, а явлениям, которые он наблюдает в природе, дать соответствующее толкование. Логика построения мысли опирается на способность пользоваться широким диапазоном ассоциаций.

В этом возрасте общие закономерности отрыва абстракта от образа уже освоены и у человека появляется возможность отдавать предпочтение тем интересам, которые стоят ближе к его индивидуальным способностям. Дети выбирают сферы применения интеллекта (познавательную, предметную, эстетическую, социальную), как им нравится. Сквозь общие требования учебных программ проступает индивидуальная одаренность. Ученики начинают развиваться однобоко в соответствии со своими склонностями. Они вступают в зону риска оказаться в числе плохо успевающих и неприветствуемых просто в силу концентрации внимания на предметах, не охваченных школьной программой. Из них могут формироваться так называемые умные двоечники и их антиподы – глупые отличники.

Полагаться на школьные характеристики в процессе отправления правосудия становится все более рискованно, и суду приходится делать акцент не столько на получаемых оценках, сколько на способности несовершеннолетнего применять с пользой и адекватно обстоятельствам даже скудные знания, а не просто хранить их обширный запас.

В подростковом возрасте, когда потребность самоутверждения личности и ее социальной атрибуции ставит перед мышлением новые задачи, на первый план выдвигается способность соотносить свои взгляды и побуждения не только с конкретными нормами и правилами, но и лежащими в основе этих норм принципами и понятиями. Иначе говоря, понимать, например, не саму наказуемость поступка (это было известно несовершеннолетнему много раньше), но и роль правоприменения, функции правоохранительных органов, неприкосновенность личности другого человека, противоправность ущемления его интересов и т. п. Другими словами, целерациональные ориентиры мышления должны замениться ценностно-рациональными.

В повседневной житейской практике независимость и зрелость подросткового мышления определяется по его способности учитывать интересы окружающих и реально взвешивать собственные возможности и силы. По мере удаления

от детства такие качества, получившие название критики самого себя, крепнут и становятся надежнее; к совершеннолетию на них можно положиться полностью. Вернее сказать, дулжно полагаться полностью, так как редко кому удается освободиться от самообольщения и эгоизма не только к восемнадцати годам, но и много позже.

Современная психология располагает способами диагностики уровня развития мышления соответственно возрастным стандартам европейской цивилизации. Типичным примером такого рода исследований является широко и повсеместно распространенный тест Векслера. Он содержит восемнадцать видов заданий, по каждому из которых, решая разное число конкретных задач, человек использует определенный тип мыслительных операций. Суммируя полученные данные, можно сделать вывод о том, с каким возрастом соотносится умственное совершенство исследуемого.

Казалось бы, дальнейшее использование полученных данных в интересах, например, правосудия или профессиональной ориентации, не должно вызывать никаких проблем. Однако сомнительная привлекательность простых решений редко оправдывает себя на деле. Так и в использовании тестов для определения интеллектуального развития прямой путь оказался ошибочным. Человечество быстро отказалось от соблазна сортировать людей по данным, полученным с помощью тестов, ибо в современных условиях глупого взрослого человека равнять с младенцем (как в XIX в.) все-таки нельзя.

Вторая половина XX в. привнесла в возрастную психологию еще один квалифицирующий признак, обозначенный как фактор **мотивообразующих социальных потребностей.** Его появление в науке об онтогенезе личности связано с именем А. Маслоу, который выделил так называемые потребности развития. Из представления о них сформировалось учение об этапах социализации личности.

Младенчество окрашено эмпатийными чувствами; в дошкольном периоде преобладают аффилиативные стремления; переживания младшего школьника окрашены страхом когнитивного диссонанса; подростковый возраст наполнен психологическими реакциями, связанными с потребностью атрибуции личности[24].

Гармоничное воспитание требует удовлетворения естественных побуждающих сил, их разумного направления на досягаемые цели, в движении к которым ребенок приобщается к культуре, развивает интеллект и накапливает жизненный опыт.

Воспитатель младенца, опираясь на его эмпатийное

стремление к психологической защите со стороны взрослого, обеспечивает эмоциональное подкрепление – игровую практику, обучая обращению с игрушками, предметами быта и общению с окружающими. Аффилиативный мотив, удовлетворение которого требует участия в коллективной жизни, позволяет успешно овладевать навыками самообслуживания, элементарного труда, а также усвоить нравственные начала межличностного взаимодействия – умение учитывать интересы окружающих. Потребность осознать свою роль в обществе, открываемая когнитивными возможностями психики, обусловливает потрясающее прилежание младшеклассников, занимающихся скучнейшим, по сути, делом на своих уроках. Стремление самоутвердиться в коллективе будит у отроков героические мечтания и самоотверженность в работе над собой, которые, будучи правильно ориентированы, способны решать серьезнейшие задачи самовоспитания. И, наконец, подростковый взгляд на собственное *Я* как на объективную реальность открывает воистину безграничные перспективы личностного роста.

Если учебно-воспитательная тактика соответствует естественным темпам взросления, дети учатся с интересом и приобщение к культуре происходит как бы само собой. Каждый возрастной период заканчивается в отведенные природой сроки, а появление новых, еще незнакомых мотивообразующих потребностей не вызывает у несовершеннолетнего ни страха, ни растерянности.

Однако если темпы индивидуального развития ребенка не совпадают с общепринятыми в силу склада личности или дефектов воспитания, он попадает в очень своеобразную ситуацию. Он не успевает, образно говоря, «изжить» потребности предыдущего возраста, овладеть навыками их удовлетворения и бывает вынужден жить и учиться среди сверстников, которые начали воспринимать мир уже иначе, чем он. Это делает ребенка чужим в своей среде, вызывает постоянное психическое напряжение и желание уклониться от обязанностей, смысл которых еще не дошел до его сознания. Чувствуя себя посторонним и брошенным, несовершеннолетний нередко старается спрятаться от натиска педагогов и воспитателей в мире своих фантазий или в кругу таких же аутсайдеров адаптации.

Ко времени, когда биологический возраст достигает отметки, с которой начинается ответственность, подросток может еще не выйти из плена детских мотивообразующих потребностей не оттого, что не способен осознать предъявляемые к нему требования, а потому, что не хочет этого делать. Он остается

инфантильным по содержанию своих чувств и стремлений.

Таким образом, при оценке уровня психического развития нужно сопоставлять по меньшей мере три группы признаков: а) физическое созревание, свидетельствующее о гармоничности внутренней жизни и соблюдении биологических ритмов взросления; б) интеллектуальное развитие, позволяющее судить о наличии знаний, необходимых для того, чтобы отдавать себе отчет в своих действиях (сознании); в) мотивационное взросление, указывающее на способность соотносить свои побуждения с истинным смыслом социальных отношений (свободу воли).

Варианты задержки психического развития

Анализ причин и признаков, подтверждающих задержку психического развития, позволяет отнести конкретный случай к определенной типологической группе. Это всегда в достаточной мере условно, ибо психология не придерживается жестких разделяющих границ. Все ее классификации основаны на выделении чистых типов, которые встречаются крайне редко, но ординарные случаи в той или иной степени тяготеют к ним, что и позволяет делить их на группы. Поэтому и варианты задержки психического развития описаны по стержневому признаку, задающему всей картине определенный тон: умственная отсталость, инфантилизм, последствия семейно-педагогической запущенности. Каждый из них способен затормозить развитие личности в целом, но с перекосом в свою сторону, если он выражен ярче других.

Умственная отсталость. В судебно-следственной практике редко приходится встречать подростков с неосложненным вариантом умственной отсталости. Они, как правило, отличаются послушанием и редко вступают в конфликт с законом. Под следствием же оказываются те, у кого недоразвитие познавательной деятельности сочеталось с различными проявлениями дисгармонии личностного развития. Причем вторичные по отношению к умственной недостаточности факторы оказывают более существенное влияние на криминальность поведения и служат причинами появления неконструктивных реакций в период следствия.

В комбинации с семейно-педагогической запущенностью ограниченность знаний сочетается с примитивностью мышления и речи. Осведомленность осложнена значительными проблемами. Умения применять полученные знания явно недостает. Подросткам свойственно ориентироваться на ближние цели с

конкретными перспективами без учета общего результата своей деятельности. Отношения с окружающими носят неустойчивый характер с упрямо оппозиционной формой поведения и склонностью к аффективным реакциям. Общественные нормы понимаются крайне эгоистично, с явным преобладанием восприятия фактической стороны содеянного над его социальной и правовой стороной. Попадая в обстановку следствия, такие подростки плохо ориентируются в задачах отдельных участников процесса, что ведет либо к слепой оппозиционности, либо к повышенной внушаемости.

При сочетании умственной отсталости с психической незрелостью (инфантилизмом) у подростков запаздывает развитие речи, координация движений недостаточна, эмоциональная неустойчивость сочетается с отвлекаемостью внимания. Активность определяется впечатлениями текущего момента, что придает рисунку поведения характер постоянной игры. Правонарушение совершается чаще всего по мотиву получения удовольствия в связи с кратковременным или даже мимолетным желанием, что выглядит как импульсивный поступок. Стадия борьбы мотивов нередко отсутствует. В обстановке следствия такие подростки из-за переключаемости внимания и склонности к фантазированию быстро отрываются от события преступления, которое представляется им в форме все более расплывчатых воспоминаний, не имеющих к ним прямого отношения.

Психический инфантилизм. Термин «психический инфантилизм» употребляется очень широко, по сути, как литературное понятие для обозначения любой незрелости: человека, суждения, поколения в целом. Однако он имеет и вполне определенное научное значение. Им обозначается своеобразный склад характера с присущими для него уязвимостью по отношению к внешним обстоятельствам из-за наивного эгоцентризма, повышенной впечатлительности, склонности подменять воображением поиск выхода из создавшейся ситуации, недостаточной разумности решений при сохранении общей сообразительности.

Требования порядка, основанные на доверии к внутренней организации личности, воспринимаются отстающими в развитии подростками как трудные и утомительные. Необходимость исходить из внутреннего целеполагания раздражает и заставляет искать среду с эмоциональным (аффилиативным), а не рациональным способом сосуществования.

В период идентификации себя с определенной социальной ролью такие подростки нуждаются в конкретном

покровительстве. Игнорирование их психологических трудностей, легкомысленная уверенность в достаточной эффективности только массовых форм воспитания вызывают у них внутренний кризис и стремление уйти в своеобразную социально-психологическую нишу. Ею могут быть семья, где они делают близких людей заложниками своих неудач, превращаясь в домашних тиранов; корпорация отщепенцев, придерживающихся своеобразной субкультуры, или одиночество, окрашенное игрой воображения.

Отсутствие самостоятельности побуждений и недостаточное развитие навыков общения нередко маскируются повышенной жизненной активностью, демонстративным желанием «действовать по своей воле», непослушанием и стремлением перенимать манеры старших подростков. Но в организованной среде сразу становятся заметны недостаточность понятийного правосознания подростка, конкретность подчинения, недифференцированное представление о своей социальной роли и стремление вернуться к примитивным формам межличностной организации отношений.

Семейно-педагогическая запущенность. На фоне многочисленных обстоятельств, которые при плохом воспитании могут ограничить, затормозить или направить в неверное русло формирование личности, к концу XX в. стало вырисовываться обобщающее понятие «психическая средовая адаптация». Представление о личности как «душевной целостности, способной к сопротивлению и наделенной силой… успешно приспосабливаться к общезначимому при величайшей свободе выбора» утвердило новые ориентиры психической зрелости, связав последнюю с такими категориями, как «Я-образ» и «Я-концепция».

Адекватность и неадекватность воспитания стали определяться в зависимости от того, в какой мере они вынуждали ребенка затрачивать силы, отпущенные природой на строительство личности, для защиты своего *Я* с помощью неконструктивных психологических реакций.

Когда воспитатель не замечает или игнорирует проблемы адаптации, испытываемые ребенком, и обрушивает на него стандартные требования автоматизированных педагогических подходов, у того появляется внутреннее напряжение, понуждающее обезопасить свое *Я* от непосильной душевной перегрузки. Делает ребенок это единственным доступным ему способом – девальвацией недосягаемых ценностей и уходом в мир реальной или воображаемой субкультуры, что при современной цивилизации весьма нетрудно.

Отринув ценности социальной сферы, в которой ребенок терпит поражение, его личность теряет импульс развития по данному пути и начинает неизбежно отставать в приобретении жизненного опыта.

Можно без малейшего преувеличения сказать, что оценка психического здоровья несовершеннолетнего в совокупности с проблемами становления личности – самая сложная из сфер, где суд сотрудничает с представителями естественных наук о человеке.

2. Расстройства психики в экстремальных обстоятельствах

«*Деяние признается совершенным невиновно, если лицо, его совершившее, не осознавало и по обстоятельствам дела не могло осознавать общественной опасности своих действий (бездействия) … предвидело возможность наступления общественно опасных последствий… но не могло предотвратить эти последствия в силу несоответствия своих психофизиологических качеств требованиям экстремальных условий или нервно-психическим перегрузкам*» (ст. 28 УК).

В приведенной цитате мы вновь видим термин «сознание», но в ином контексте, чем при определении невменяемости по болезни или в связи с отставанием в психическом развитии. Здесь ведущее понятие выступает в обрамлении таких категорий, как «качества психики», «условия» проявления этих качеств и «несоответствие» внешних и внутренних обстоятельств. Таким образом, речь идет об адаптивных возможностях сознания, т. е. о характеристике для юриспруденции сравнительно новой. До последних лет уголовный закон не стремился выходить за житейские границы представлений о «сильном душевном волнении», полагаясь на здравый смысл судей в оценке этого, в общем то, достаточно известного явления. Все иные варианты психических расстройств, наступающих под влиянием внешних и внутренних экстремальных обстоятельств, традиционно считали сферой компетенции судебной психиатрии, где для их обозначения даже имелся специальный термин «исключительные состояния»: болезни нет, но реакция выходит за рамки общепринятых представлений о мотивах поведения человека именно в сфере сознания.

Современный законодатель решительно вывел крайние варианты психологии за пределы медицины, не упомянув о каких-либо основаниях невиновного поведения. Отныне суду приходится самостоятельно устанавливать, в какой мере индивидуальные (и не исключено, что аномальные) качества человека не обеспечивали ему возможность вести себя адекватно тем условиям, в которых он оказался волей обстоятельств. Это не означает, что в судебной практике появились какие-то ранее не известные феномены. Скорее всего, под новым углом зрения и в свете доказательств, полученных с помощью современных методов науки о человеке, нужно рассматривать явления, о которых уже есть вполне определенное мнение.

Реакция короткого замыкания, или, как говорили основатели современной отечественной психиатрии, «срыв влияния высших задержек», представляет собой вариант импульсивного ответа на психическое напряжение, подспудно нарастающее под влиянием отрицательных эмоциональных переживаний в связи с систематическим противоправным или аморальным поведением потерпевшего.

В криминальной практике чаще всего приходится констатировать такие чувства, как обида, вызванная унижением достоинства, и стыд. Будучи направлены внутрь личности, они создают, выражаясь языком психофизиологии, очаг инертного возбуждения, что в свою очередь влечет за собой появление доминантного напряжения, которое требует постоянного волевого контроля за поведением. Из опасения травмировать «уязвимое место» люди создают вокруг него барьер защитных реакций, страхующих от впечатлений, способных нанести психическую травму. Их разумная воля либо трудится, либо готова включиться в дело. Естественно, ее потенциальные возможности когда-то истощаются, особенно под влиянием усталости, общей слабости, вызванной, например, болезнью или плохим питанием, тревогой по другому поводу, бессонницей и т. п. Тогда скрываемый мотив получает шанс «вырваться на свободу» и стать причиной разрушительных действий, отличительной особенностью которых бывает чувство облегчения и злорадства, длящееся какое-то время сразу после содеянного.

В известной мере каждый человек знаком с такого рода переживаниями, так что понимание сути самого явления никаких специальных познаний не требует. Тем не менее, когда предметом анализа становятся правонарушения, контрастирующие с жизненными установками обвиняемого, почву, на которой возникла реакция короткого замыкания, и ситуацию, ее спровоцировавшую, лучше исследовать с помощью профессионалов. А поскольку возможности разумной воли в структуре характера и личности в целом входят в компетенцию психологии и психиатрии, диагностику подобных состояний нужно доверять соответствующей комплексной экспертизе.

Привлечение экспертов необходимо, как правило, в тех случаях, когда в основе импульсивного поступка предполагаются сильные чувства, такие как унижение собственного достоинства, страх физической расправы, боязнь утраты идентичности собственного Я и т. п. (например, побеги из воинских частей психически незрелых и характерологически неустойчивых солдат, попавших под пресс неуставных отношений в части). Однако повод для реакции короткого замыкания вполне может

возникнуть и в обыденной ситуации, когда достоинство человека (в его представлении) попирается по мелочам, но повседневно и откровенно.

В частности, история отечественной криминологии знает период, когда под влиянием фильма В. М. Шукшина «Калина красная», где героиня принимает на жительство отбывшего срок уголовника, немало женщин последовало ее примеру. Естественно, что идентификация художественного образа с реальным человеком привела к тем последствиям, к которым она и должна была привести, а именно к личной несовместимости людей с разными нравственными ориентациями и социальными ценностями. По стране прокатилась волна убийств «на бытовой почве», когда несчастные жены, чье достоинство, положение в обществе, представления о границах дозволенного стали попираться людьми, даже не осознававшими циничности своих поступков, лишали жизни объект своих неосторожных экспериментов без какой-либо предварительной подготовки, без колебаний и со стопроцентной вероятностью разоблачения, т. е. демонстративно, на людях. Анализ ситуации не оставлял сомнений, что речь здесь должна идти об «уменьшении влияния высших задержек». Однако суды, принимая во внимание сильные чувства, измотавшие разумную волю, должны быть уверены, что эмоциональные переживания действительно имели место. Ведь не секрет, что в воображении разоблаченного преступника многое трансформируется, в памяти возникает иллюзорная картина прошлого, не говоря уже о нормальном стремлении переложить вину на неодолимую силу психической стихии и элементарном желании расположить суд в свою пользу. Так что из описания пережитого необходимо извлечь сведения, обладающие надежностью доказательств.

Ориентиром могут служить так называемые базисные установки личности, которые определяют внутренние смыслы поведения. Когда они (убеждения, идеалы, нравственные ценности и социальные ориентиры) имеются, человек подтверждает их присутствие своей предшествующей жизнью. Он не только говорит о них, но реально жертвует в их интересах привилегиями и преимуществами, которые мог бы иметь, поддавшись соблазнам. Кроме того, внутренние смыслы, или, как их иногда называют, установки, формируют цели, в стремлении к которым «душа должна трудиться». Признаки такой внутренней работы бывают заметны окружающим. Если же кроме слов в подтверждение чувств, которые возникают лишь при угрозе идентичности личности, ничего не приводится в доказательство, психологи предпочитают диагностировать лишь гнев от обид,

страх от угроз, но не больше. Для установления феномена, называемого реакцией короткого замыкания, нужны более глубокие источники эмоциональных переживаний.

Описанием безмотивных преступлений на фоне неустроенной судьбы духовно развитого человека особенно богата российская судебная практика конца XIX в. Образы подсудимых в публицистике тех лет и сегодня встают перед нами как живые. И хотя бесценный опыт, рассчитанный на суд присяжных заседателей, почти сто лет пребывал в забвении, сейчас, извлеченный из архивов появлением в УК ст. 28, он выглядит не менее убедительно, чем полтора века назад, для подтверждения того, что в юриспруденции называется «казусом», или «случаем».

Помимо эмоций в реакции короткого замыкания необходимо констатировать ослабление воли. Здесь важно установить, в какой мере реальные обстоятельства могли повлиять на общее состояние человека.

> ***Например,*** *некто Ч. – командир пассажирского лайнера, 45-летний летчик, не ладил со своим вторым пилотом, который метил (по его мнению) на место первого, не обладая требуемыми навыками. О конфликте между ними было известно сослуживцам, что нагнетало напряжение во время полетов, после которых Ч. чувствовал себя гораздо более усталым, чем обычно. Когда их работу взяла под контроль комиссия, составленная из разных специалистов, Ч. в течение двух недель, предшествующих испытанию, плохо спал, ждал какого-нибудь срыва, волновался. К тому же за три дня до полета у него умер отец, и ему пришлось заниматься похоронами. На рейс он вышел сразу после поминок, уставший. За время полета и движения по курсу, пока Ч. сам вел машину, ошибок не было, он несколько успокоился, но с началом снижения, когда руль взял второй пилот, кривая (глиссада) начала отклоняться от штатных показателей. Немного, но все-таки заметно. Ч. сделал замечание второму пилоту, на которое тот ответил что-то вроде «Отстань!». Ч. сделал ему выговор и услышал в ответ нецензурную брань. Глиссада не выравнивалась. Между пилотами началась перебранка (скрытая от членов комиссии, так как переговаривались они в шлемофонах). С досады Ч., не имея возможности включиться в управление основными механизмами, со словами «Сейчас я покажу, как нужно выравнивать самолет!» включил устройство торможения, которое*

применяется только в момент соприкосновения с землей. С его стороны это было легкомысленным поступком, так как на скорости полета устройство заело, из-за чего заглох двигатель. Садиться пришлось на одном двигателе, что стало предметом иска к Ч., так как шасси было повреждено и потребовались затраты на ремонт.

Психолого-психиатрическая экспертиза отметила факт утомления Ч., его отрицательный эмоциональный настрой, обратила внимание суда на некоторые индивидуальные особенности психики подэкспертного, но оценка эпизода в целом больше зависела от ситуационной экспертизы. Дело в том, что действия Ч., будучи по сути во многом импульсивными, в какой-то мере оправдывались его профессиональным сознанием, ибо любой летчик уверен, что его ошибочное решение будет заблокировано «защитой от дурака», предусматривающей автоматическое отключение неверной команды. В данном случае суд столкнулся с конструктивным дефектом и упущением летного наставления, где не было категорического запрета на включение тормозящего механизма в полете.

По совокупности обстоятельств суд сделал вывод о невиновном причинении вреда.

Возможность определять наличие «казуса» в поведении человека для оценки виновности чрезвычайно расширяет границы судебного решения.

По смыслу юридической оценки подобных действий в каждом случае реакций короткого замыкания формально присутствует прямой умысел, так как их реализации безусловно предшествовала предварительная психическая деятельность, направленная на желаемые цели. Специфика момента состоит лишь в том, что сознательная воля при этом была направлена на другое – на удержание от противоправного поступка.

Такого рода противоречие знакомо каждому человеку, которого хоть раз охватывало желание отомстить обидчику или бросить все на произвол судьбы. Как правило, разумная воля справляется с этими порывами, но теоретически вполне допустимо, что в подобной ситуации легко поддаться чувствам.

Для того чтобы отнести конкретный случай к казусу по типу реакции короткого замыкания, необходимо определить интервал времени, в течение которого мотив противоправного действия «подмял» волю личности и превратился в сигнал к действию. Образно говоря, человек не «успел сообразить», «включиться»,

«опомниться» и т. п. И хотя такого рода определения не более чем метафоры, они отражают житейский смысл феномена, суть которого состоит в «мимовольности» поступка. Установить этот факт с непреложной достоверностью, по-видимому, невозможно, поскольку он недосягаем для экспериментального подтверждения, но степень его вероятности вполне поддается оценке.

Суду (и эксперту) особенно сложно бывает установить, что трансформация мотива из подавляемого в действенный произошла именно в момент правонарушения, а не заранее, ибо судебной практике известно множество случаев, когда преступный умысел просто дожидался надлежащего повода, чтобы инсценировать экстремальные условия или нервно-психические перегрузки. Здесь остается лишь напомнить, что всякий казус предполагает известную свободу выбора судебного решения.

Аффект ассоциируется с переживаниями, которые вызывают гнев. По своим психологическим и юридическим критериям он представляет собой состояние внезапно возникшего сильного душевного волнения, вызванного насилием, издевательством или тяжким оскорблением, направленным против лица, впавшего в данное состояние. Для юристов приоритетное значение имеют аффекты обвиняемых, но для психологов общий смысл понятия «аффект» распространяется на широкий круг эмоциональных реакций в ответ на интервенцию против личности. Дело в том, что любой порыв сильных страстей в той или иной мере сужает сознание, ограничивая разумную волю в результате, как говорили предки, «умоисступления».

Таким образом, сам феномен аффекта не имеет патологического содержания и бывает вполне естественным результатом в случаях, когда задеты самолюбие, гордость, честь, достоинство, любовь или возникла опасность для жизни. Однако по степени сужения сознания можно судить об уровне стеснения свободы воли напором чувств. Здесь у юристов есть критерии, дающие им ориентиры при оценке доказательств этого феномена.

В частности, законодатель требует установить факт провоцирующего поведения потерпевшего, когда речь идет об убийстве в состоянии аффекта (ст. 107 УК) или причинении тяжкого или средней тяжести вреда здоровью в состоянии аффекта (ст. 113 УК). Иные аффекты, которые могут возникнуть у человека, лишив его способности адекватно реагировать на происходящее, в Особенной части УК специально не рассматриваются, подпадая под общую категорию реакций в экстремальных обстоятельствах (ст. 28 УК), или, если речь идет о

потерпевших, относятся к обстоятельствам, способным вызвать беспомощное состояние. Но в любом случае аффект вытекает из конфликта, нарушающего неприкосновенность личности или угрожающего жизни человека.

Ощущение прикосновения к личности, как мы говорили в разделе, посвященном «реакциям короткого замыкания», относится к глубоко индивидуальным, интимным переживаниям.

Всем известно, что человек вполне равнодушен к грубости социально чуждых ему людей и необычайно чувствителен к поступкам тех, кого он считает близкими по духу. Так что суду (и эксперту) бывает необходимо прежде всего установить, на какой дистанции от контуров личности разыгрался инцидент. Ведь факт унижения и оскорбления, когда речь идет не о банальной ссоре, зависит не столько от поведения обидчика, сколько от реакции обиженного. «Дело не в том, как с нами обходятся, а в том, как мы к этому относимся», – справедливо заметил С. Довлатов. Далее, при установлении наличия повода для сильных чувств необходимо собрать доказательства того, что они действительно имели место, чтобы отличить искренне и истинно взволнованного человека от хулигана и скандалиста, получающего удовольствие от демонстрации своих эмоций.

Сильное душевное волнение подчиняет себе все психические процессы: внимание концентрируется на источнике чувства (гнева, обиды); иные детали обстановки не попадают в поле зрения либо запоминаются случайно; мышление получает мощный импульс в направлении цели, что ослабляет его критические возможности и сокращает стадию борьбы мотивов; память сохраняет лишь переживания, связанные с содержанием аффективного действия. Такая концентрация психических процессов в узком круге переживаний приводит к сужению сознания. Сильное возбуждение распространяется и на механизмы физиологической регуляции эмоций: человек бледнеет или краснеет, движения становятся скованными или хаотичными, речь – прерывистой.

> *Примером аффективной вспышки гнева может служить реакция М. И. Кутузова во время Бородинского сражения. Иностранец Вольцоген, чуждый патриотическому духу войска, на основании поверхностного впечатления заявил Кутузову, что войска левого фланга, куда он был послан заменить раненого Багратиона, бегут и остановить их нельзя. Л. Н. Толстой так описывает реакцию главнокомандующего: «…Вы видели? Вы видели?! – нахмурившись, закричал Кутузов,*

быстро вставая и наступая на Вольцогена. – Как вы… Как вы смеете!.. – делая угрожающие жесты руками и захлебываясь, кричал он. – Как вы смеете это говорить мне. Вы ничего не знаете… Неприятель отбит на левом и поражен на правом фланге. Ежели вы плохо видели, милостивый государь, то не позволяйте себе говорить того, чего вы не знаете! – Все молчали, и было слышно только тяжелое дыхание запыхавшегося старого генерала».

В свою очередь А. Ф. Кони заметил, что «ни один подсудимый, совершивший преступление под влиянием сильной эмоции, не может рассказать подробности решительного момента своего деяния… В то же время он способен передать быстро сменявшиеся и перекрещивающиеся в его душе мысли, образы и чувства перед тем как он ударил, оскорбил, спустил курок». Аффективные реакции протекают бурно, кратковременно и оставляют после себя сильную физическую усталость. Человек испытывает слабость, теряет интерес к источнику чувств, становится пассивным, что резко контрастирует с только что продемонстрированной активностью.

Крайняя степень сужения сознания – патологический аффект – расценивается как расстройство психической деятельности и может служить основанием для признания деяния невиновным или человека невменяемым.

Обычная гневливая реакция (физиологический аффект) возмущенного, раздосадованного или испуганного человека отличается следующими признаками: гнев нарастает по мере развития конфликта (брань переходит в угрозы, а те – в насилие); сила чувств колеблется в зависимости от обстоятельств, человека можно даже отвлечь, на время успокоить, а затем снова разозлить.

Нервный шок, который некоторые авторы склонны расценивать как разновидность аффекта, в криминальной практике отмечается в связи с сильным страхом. Его парализующее действие известно каждому человеку по личному опыту и в комментариях, вроде бы, не нуждается. Тем не менее, бывают ситуации, когда необходимы специальные знания для оценки фактической стороны бездействия (действия в состоянии шока редко бывают объектом экспертизы). Чаще всего это исследования индивидуальных качеств человека на предмет их вероятного (событие миновало) соответствия конкретной ситуации. Например, водитель, вцепившийся в руль перед аварией, которой можно избежать экстренными мерами, бывает

либо новичком, либо психофизиологически неустойчивым типом с низким порогом адаптации в экстремальных обстоятельствах. Жертвы катастроф зачастую ведут себя совершенно неадекватно ситуации. Так что момент сужения сознания под влиянием страха в современных обстоятельствах, когда взаимодействие «человек – машина» насыщено рискованными ситуациями, становится чуть ли не обыденным явлением. С этим приходится считаться и суду.

Просоночные состояния характерны тем, что переход от сна к бодрствованию, занимающий несколько секунд, растягивается во времени из-за усталости, физического недомогания, эмоционального утомления и т. п. Например, человек не имеет возможности отдохнуть несколько суток, занимаясь тяжелым трудом, преодолевая лихорадку, плохо питаясь, испытывая эмоциональные нагрузки. Постепенно он теряет ощущение грани между сном и бодрствованием. Его сознание как бы подернуто дымкой. Действия становятся автоматическими, подчиняясь больше привычкам, чем намерениям. Так, в романе А. Толстого один из героев, будучи в состоянии «тяжелой окопной усталости», равнодушно слушает диалог командиров по поводу вероятности его расстрела, находясь в плену единственного желания – уснуть, неважно как, хоть в могиле.

Легко допустить, что если прервать сон утомленного человека, то способность действовать по привычке вернется к нему раньше, чем сознание получит возможность контролировать действия и начнет отличать сонные грезы от реальности. Например, члены студенческих строительных отрядов, изматывавшие себя 14–16-часовым трудом и не всегда полноценно питавшиеся, нередко обнаруживали своеобразную форму «снохождения», когда, проснувшись среди ночи, плелись на рабочее место, приходя в себя на полпути.

Если же переутомление связано с вооруженной деятельностью (например, преследованием преступников), и человек засыпает с оружием в руках, вероятность выстрела в момент внезапного пробуждения становится вполне реальной.

Особенно убедительно неспособность сразу прийти в себя выглядит, когда сам момент пробуждения не лишен экстремальности.

> *Подэкспертный Н., 27 лет, утомленный двухдневным сверхурочным физическим трудом почти без сна, придя домой, уснул рядом с женой (которая стала свидетельницей события, не успев заснуть сама). Проснулся он от удара молотком по голове, нанесенного отцом (психически больным человеком), вскочил,*

перехватил молоток и нанес отцу смертельный удар, после чего, глядя на лежащего отца, спросил у жены: «Что тут происходит?». Эксперты сошлись во мнении, что способность осознавать фактический характер и социальную опасность своих действий пришла к Н. уже после нанесения удара.

Патологическое опьянение представляет собой аномальную реакцию на алкогольную интоксикацию (иные виды наркотического или токсического опьянения в рамках данного термина не рассматриваются). Суть ее заключается в изменении сознания человека, истощенного «адаптационным синдромом», под влиянием даже незначительной дозы алкоголя, которая играет роль «спускового крючка» для появления психического расстройства. Авторы, исследовавшие данный феномен, описывают его обычно таким образом: поначалу человек быстро пьянеет, что вполне ожидаемо с учетом его состояния: у него расстраиваются речь и координация движений, заплетается язык, нарушается логика мышления. Затем формальные признаки опьянения исчезают, мимика отражает сосредоточенность, движения становятся четкими, речь отрывистой, но ясной. В чувствах преобладают страх и подозрительность. У окружающих появляется ощущение, что он принимает их за других. Человек либо стремится убежать, либо нападает. Воспоминаний о своих действиях и переживаниях у него не остается. Сон наступает внезапно через несколько десятков минут.

В экспертной практике патологическое опьянение встречается крайне редко, тем не менее его описания переходят из учебника в учебник без сколько-нибудь заметных вариаций, скорее всего как дань вероятности или некая точка отсчета для отделения вариантов тяжелой алкогольной интоксикации (встречающихся довольно часто) от психиатрической диагностики. Для иллюстрации приведем выдержку из учебника «Судебная психиатрия» (1961 г.).

«Нарушение сознания, искаженное восприятие внешних явлений и автоматизм действий наглядно видны в поведении мужчины, после небольшой дозы алкоголя совершившего ряд бессмысленных и безмотивных действий. После бессонной и напряженной работы во время завтрака он выпил 100 г водки. Внешне на окружающих впечатления пьяного не производил, твердо стоял на ногах, передвигался не шатаясь. Однако вскоре стал вести себя странно. Находившуюся невдалеке собаку принял за лису и подстрелил ее одним выстрелом. Затем

без повода и надобности вскочил на телегу и погнал лошадей из деревни. По дороге, уже в поле, застрелил корову и теленка, тушу коровы привязал к колесу телеги и тащил некоторое расстояние по полю. Затем перерезал постромки, сел на лошадь верхом и ускакал дальше. Через два часа был доставлен обратно спящим на телеге. После пробуждения ничего о происшедшем сказать не мог».

У суда (особенно у защиты) возникает вполне естественный соблазн объяснить тяжелую злобу, жестокую агрессию, грубый цинизм вполне приличного человека, находящегося под влиянием алкоголя, факторами, лежащими вне поля его разумной воли и отнести их к последствиям опьянения, которых человек не мог предвидеть, начиная выпивку, так как не учитывал невозможность своего истощенного организма сопротивляться предстоящей нагрузке. Однако экспертная мысль твердо отказывается брать в качестве ориентира личностную характеристику и сопоставлять стиль поведения трезвого и пьяного человека в качестве предмета исследования, справедливо полагая, что ни у психиатров, ни у психологов нет научно обоснованных методов анализа мотивов поведения человека, находящегося в нетрезвом состоянии. Речь может идти лишь о появлении признаков, свидетельствующих о том, что человек воспринимал окружающую действительность качественно иным способом, т. е. находился в состоянии психоза, хотя бы и кратковременного.

Эксперты используют несколько ключевых показателей. Во-первых, узнавание окружающих как объекта определенной социальной функции: сексуальных вожделений, стражей порядка, прохожих и т. п. Во-вторых, реакция на происходящее вокруг как стимул для поступков: агрессия на замечания, отклик на предложение чего-либо, стремление к чему-либо и т. п. В-третьих, адекватное отражение намерений в речи с обозначением своей позиции в отношении происходящего.

Если они выявляются, делается вывод об отсутствии патологического состояния сознания. Естественно, никто не отрицает, что его физиологические возможности были изменены, но в тех пределах, которые человек должен предвидеть, вводя себя в «добровольное безумие», как наши предки называли состояние опьянения.

***Например**, Ф., 26 лет, будучи физически здоровым, работал несколько дней в ночные смены на вальцовке (горячей обработке) металла, что довольно тяжело. Получить же полноценный отдых днем не удавалось из-за*

ремонта квартиры. Так что ко времени событий, описанных далее, он подошел с признаками переутомления.

Однажды утром он вышел после смены с завода, чувствуя единственное желание пойти домой и заснуть. Однако ему нужно было зайти к тестю за инструментами для побелки. Тесть, страдающий алкоголизмом, уговорил его выпить водки. Около 10 ч они зашли в кафе (свидетели зафиксировали, что оба были уже в нетрезвом виде), выпили еще, а уходя, купили бутылку водки. Около 12 ч дня оба скрылись в квартире тестя.

Примерно через час соседка снизу, В., услышала стук в дверь и в глазок увидела Ф., который молча пинал ногой дверь. Не зная его в лицо, она, не открывая, попросила его уйти. Ф. в нецензурной форме требовал открыть дверь, продолжая колотить в нее. В этот момент открылась дверь соседней квартиры, из которой выглянула 70-летняя соседка посмотреть, что происходит. Ф. исчез из поля зрения В., а из квартиры соседки послышался шум. В. решила позвать на помощь и побежала вниз по лестнице, но на щелчок замка закрывшейся за ней двери Ф. выскочил на площадку, догнал женщину в лестничном пролете, стал обнимать ее, бормоча: «Черт, сильная какая», – и пытался ее раздеть. Эту сцену наблюдали посторонние люди, спускавшиеся по лестнице, но приняли ее за семейный скандал. После того как прохожие ушли, В. вырвалась от Ф. и выбежала на улицу за милицией, а Ф. заснул на лестничной площадке. Приехавший наряд обнаружил труп 70-летней старушки, убитой цветочным горшком, и избитого агонизирующего тестя, лежащего в своей разгромленной квартире. При задержании Ф. бормотал что-то вроде «Менты поганые», а на другой день ссылался на полное запамятование событий с того момента, когда они с тестем начали распивать водку, принесенную из кафе.

Тяжесть содеянного, слепая агрессивность, жестокость, не вязавшиеся с характеристикой личности Ф., позволяли предположить наличие патологического опьянения, однако эксперты, отметив, что Ф. действовал в отношении В. с явными признаками целенаправленного сексуального влечения, вступал с ней в речевой контакт, был конфликтен в отношении всех, с кем сталкивался в этот промежуток времени, пришли к выводу, что он

находился в состоянии тяжелого, но обычного опьянения.

Как нетрудно убедиться на примере описанных случаев, вполне категоричные выводы о невиновном причинении вреда основываются на субъективных и не очень точных психологических и психиатрических исследованиях. По сути, это типичный пример свободного в своей основе судебного решения, когда законодатель ограничивается обозначением его общих контуров.

Вопросы для самостоятельной работы

1. Чем отличается подросток от ребенка в законе и в жизни?

2. Что в имеется в виду под «девиантным развитием личности» как основанием для освобождения несовершеннолетнего от ответственности?

3. Что такое «экстремальные обстоятельства» и чем они отличаются от «трудной жизненной ситуации»?

4. Как сегодня понимается термин недавнего прошлого «исключительные состояния»?

Рекомендуемая литература

Алмазов Б. Н. Психическая средовая дезадаптация несовершеннолетних. Свердловск, 1986.

Дагель П. С., Котов В. П. Субъективная сторона преступления. Воронеж, 1974.

Еникеев М. И. Психолого-юридическая сущность вины и вменяемости // Сов. государство и право. 1989. № 12.

Лунц Д. Р. Судебно-психиатрическая экспертиза исключительных состояний. М., 1957.

Михеев Р. И. Уголовная ответственность лиц с психофизиологическими особенностями и психическими аномалиями. Хабаровск, 1989.

Морозов Г. В., Качаев А. К., Лукачер Г. Я. Дифференциальная диагностика простого и патологического алкогольного опьянения. М., 1973.

Сидорова Б. В. Аффект, его уголовно-правовое значение. Казань, 1978.

Фелинская Н., Холодковская Е. О психической зрелости несовершеннолетних, совершивших социально опасное деяние // Соц. законность. 1981. № 6.

Шевгуладзе Т. Г. Аффект и уголовная ответственность. Тбилиси, 1973.

Глава 6. Доказательство юридической значимости психических расстройств при отправлении правосудия

Факт нервно-психиатрического расстройства, как правило, сви детельствует о наличии психического недостатка, имеющего значение при отправлении правосудия. При изучении личности субъекта уголовного или гражданского дела ему необходимо дать юридическую оценку, поэтому суд, прокурор, следователь наделены правом привлекать специалистов в области психологии и психиатрии для производства экспертизы, в порядке консультации или допроса свидетеля. Адвокат также может пользоваться услугами специалиста как осведомленного свидетеля, хотя и не вправе назначать соответствующую экспертизу.

Закон не ограничивает правоохранительные органы в поводах для экспертного освидетельствования. Это могут быть сведения о психиатрической помощи, которой человек пользовался раньше, ходатайство лица, в отношении которого решается вопрос, его представителей, личное впечатление лиц, проводящих расследование. Так что, по сути, любое сомнение относительно психического здоровья служит достаточным основанием для привлечения специалиста к отправлению правосудия. При этом законодатель исходит из установки, что экспертиза всегда полезна подэкспертному, ибо повышает его возможности получить медицинскую помощь и социальную защиту.

Ограничивать возможности правоохранительных органов в деле уточнения роли и значения психического недостатка для судебного решения было бы ошибкой. «Психическая норма» – категория очень пластичная. Ни у отдельного народа, ни у цивилизации, ни даже в небольшом сообществе людей, живущих на ограниченной территории, взгляды на психическое отклонение не бывают общепринятыми. То, что в одной среде безусловно признается поводом для применения медико-социальных ограничений, в другой воспринимается вполне терпимо, сам же человек склонен считать себя больным или здоровым в зависимости от того, как к нему относятся знакомые, работодатели, педагоги, государственные служащие, т. е. люди, которые своим отношением очерчивают социальное пространство его обитания и способны повлиять на жизненные перспективы.

Будучи ограничен в повседневной жизни, он претендует и на соответствующую реакцию правосудия.

В свою очередь окружающие, чьи интересы бывают затронуты поступками психически больного человека, ориентируются главным образом на целесообразность его поведения в целом. И если он, по их впечатлениям, способен руководить своими поступками, может сдерживать побуждения, когда это выгодно, разумен в житейских пределах, за ним обычно не признают права считаться «больным по закону».

Таким образом, представления о роли психического недостатка в законе и в жизни редко совпадают, когда перед лицом правосудия сходятся интересы разных сторон. Каждая из них претендует на справедливое, по ее понятиям, решение вопроса, ищет аргументы в свою пользу и старается представить ситуацию в выгодном для себя свете. Следовательно, суду необходимо обладать исчерпывающими сведениями о реальном состоянии здоровья субъекта данного дела.

1. Использование правосудием данных несудебных психиатрических экспертиз

Суд и следователь, а по Закону о психиатрической помощи еще и адвокат вправе запрашивать информацию из медицинских источников в пределах своей компетенции. Обычно она хранится в учреждениях здравоохранения, социального обеспечения, архивах врачебно-трудовых и военно-врачебных экспертиз, негосударственных медицинских предприятиях, законодательно обязанных сообщать имеющиеся у них данные о лицах, обратившихся за медицинской помощью. В ряде случаев полученные сведения требуют проверки посредством судебно-психиатрической экспертизы, но иногда врачебное заключение может приниматься к сведению как фактическое событие, имевшее место и удостоверенное в предусмотренном порядке, т. е. доказанное.

Медицинское освидетельствование наркоманов и лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, осуществляется по решению правоохранительных органов в случаях, когда встает вопрос о применении принудительных мер медицинского характера, что обусловлено совершением преступления, или ограничении дееспособности по причине злоупотребления веществами, вызывающими болезненное пристрастие.

Согласно действующему законодательству врачи, привлекаемые к производству наркологической экспертизы, не являются экспертами, на которых распространяются как обязанности, так и права, предусмотренные УПК или ГПК. Их деятельность регламентируется Законом РФ «О наркотических средствах и психотропных веществах», так что ответственность перед законом у них, как и у любого врача, возникает за достоверность поставленного диагноза (с возможным наказанием за врачебную ошибку).

Заключение о состоянии психического здоровья лица, отбывающего наказание, также не требует соблюдения правил, предусмотренных для проведения судебно-психиатрической экспертизы. Врачи медицинской комиссии, формируемой администрацией учреждения, где содержится осужденный, выступают в роли служащих, выполняющих свои функциональные обязанности. Они, в отличие от эксперта, не несут перед законом ответственности и не обязаны доказывать истинность своего суждения непосредственно перед судом.

По-видимому, в этом есть резон, оправданный спецификой

работы исправительной системы. Будучи сотрудниками ведомства, действующего на основании собственного устава, врачи-психиатры не могут выступать в качестве независимых экспертов, и даже если бы такое право им было предоставлено, они не смогли бы им воспользоваться в полной мере, поскольку вынуждены соблюдать правила внутреннего распорядка, дисциплину и субординацию. Вместе с тем врачи общемедицинской сети, если им поручают обследование заключенных, обычно плохо ориентируются в специфике образа жизни, свойственного среде отбывающих наказание уголовных преступников, где привычные психологические реакции приобретают весьма своеобразную окраску.

Кроме того, права на оказание медицинской помощи и защиту своих интересов в условиях современной пенитенциарной системы реализуются заключенными при посредстве администрации, а не помимо ее, так что возможность проведения независимой экспертизы в значительной мере ограничена.

Врачебно-трудовая экспертиза (ВТЭ) – самостоятельная ветвь медицины со своим штатным представительством, наукой и методологией. Это неудивительно, так как ограничение трудоспособности – важнейшее последствие заболевания или травмы.

К задачам социально-медицинских комиссий отнесены: определение состояния трудоспособности, постоянной или длительной ее утраты; установление причины и группы инвалидности, для инвалидов – условий и видов труда, работ и профессий, доступных им по состоянию здоровья, условий и методов, при помощи которых нарушенная трудоспособность может быть восстановлена или повышена; проверка правильности использования инвалидов на работе в соответствии с заключениями комиссий и т. д. В зависимости от уровня, структуры заболеваемости и инвалидности образуются комиссии специализированного профиля для освидетельствования лиц с психическими расстройствами.

Наличие инвалидности служит надежным показателем степени тяжести заболевания при решении вопросов о недееспособности и (в известной мере) о невменяемости человека.

Военно-врачебная экспертиза – лишь одна из ведомственных экспертиз, но ее значение для правоохранительных органов значительно возросло в связи с действием Закона «О всеобщей воинской обязанности». По сути, она представляет собой форму государственного контроля за состоянием здоровья всего мужского населения страны. Нормы и

порядок проведения экспертизы регламентированы специальным приказом министра обороны России, «О медицинском освидетельствовании в войсках», в котором представлен подробный перечень заболеваний, ограничивающих годность к военной службе. Решение медицинской комиссии утверждается в установленном порядке и служит основанием для освобождения от воинской обязанности или предоставления льгот, полагающихся по закону; оформляется оно в виде свидетельства о болезни. Выводы экспертизы отражены в военном билете, обязательном для каждого мужчины в возрасте от 17 до 50 лет.

Сведения о психическом здоровье, полученные с помощью военно-врачебной экспертизы, имеют для правосудия особое значение, когда расследуются воинские правонарушения, предусмотренные УК, или рассматривается вопрос о компенсации за утрату жизни и здоровья в связи с прохождением военной службы.

Для ориентации в содержании экспертных решений юрист должен знать нумерацию болезней, используемую при обозначении основания воинского ограничения в военном билете в соответствии с утвержденным постановлением Правительства РФ, Положением о военно-врачебной экспертизе.

Сведения о состоянии здоровья из источников, определяющих **профессиональные ограничения**, тоже дают ценную информацию об индивидуальных особенностях человека. Обычно медицинская комиссия, которая их устанавливает, состоит из специалистов, компетентных в данном виде трудовой деятельности (по профессиональной гигиене, охране труда, и др.), что позволяет оценить человеческий фактор значительно полнее, нежели при проведении обычного медицинского осмотра. Здесь используются дополнительные приемы диагностической техники, нацеленные на выявление свойств и качеств, отрицательно влияющих на выполнение специфических обязанностей (например, вождение транспорта, управление летательными аппаратами, работа в экстремальных обстоятельствах и т. п.). При этом выводы комиссии не делаются произвольно, а определяются рамками руководящих документов (инструкций, приказов, «расписания болезней» и т. д.).

В частности, Министерство здравоохранения имеет единый обобщающий документ, именуемый «Перечень медицинских противопоказаний к допуску на работу трудящихся в целях предупреждения заболеваний, несчастных случаев и обеспечения безопасности труда», где подробно перечисляются противопоказания к разным видам производственной деятельности при определенных заболеваниях. Охватывая

обширную область производственной гигиены, он составляет, образно говоря, базисную часть профессиональных ограничений. Кроме того, в ряде ведомств и министерств (например, в Министерстве внутренних дел) имеются свои регламентирующие документы и своя система отбора кандидатов на вакантные места.

Особенностью такого рода информации является наличие сведений о степени выраженности заболевания, его очевидности, социальной значимости, возможности человека компенсировать имеющиеся отклонения в зависимости от собственных интересов. Например, представ перед судом, человек предъявляет документы о наличии у него болезни, выданные ему лечебным учреждением. Степень тяжести ее не ясна и требует уточнения. Вместе с тем становится известно, что этот субъект в недалеком прошлом был принят на работу, где полагается строгий профессиональный отбор. Естественно, у работников правоохранительных органов складывается вполне обоснованное мнение, что при желании этот человек в состоянии скрывать свои болезненные проявления. Подтвердить или опровергнуть такую гипотезу можно, получив информацию из соответствующей медицинской комиссии.

Отдельного упоминания заслуживает работа **психолого-медико-педагогической комиссии** по определению степени умственной отсталости младших школьников с целью комплектования учебных заведений для детей с врожденным слабоумием. От решения комиссии зависит темп обучения и стиль воспитания, так как во вспомогательных школах программа равна примерно половине базового образования и основное внимание уделяется не столько учебе, сколько усвоению трудовых и социальных навыков.

Заключение медико-педагогической комиссии имеет важное значение при определении степени умственного развития несовершеннолетних, достигших возраста уголовной ответственности и гражданской дееспособности. И хотя суд больше интересует социальная адаптация олигофрена, чем уровень его формальных знаний, факт освидетельствования должен быть им учтен и осмыслен.

2. Правовое положение психиатра-эксперта

Проведение судебно-психиатрической экспертизы регламентируется процессуальным законодательством (уголовным, гражданским, арбитражным), Основами законодательства об охране здоровья граждан РФ, законом «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» и специальным законом «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ». Ее правовые основы на текущий момент не лишены противоречий, что требует предварительного обсуждения сложившейся ситуации.

Советская юриспруденция исходила из принципа, согласно которому исполнение экспертных поручений входило в гражданский долг любого человека, обладающего нужными правосудию знаниями, умениями и навыками в науке, ремесле, искусстве или технике. Отказ от выполнения соответствующего задания расценивался как преступление против правосудия (ст. 181 УК РСФСР). Оплата труда производилась за счет работодателя (за экспертом сохранялся средний заработок на время, пока он трудился на правосудие), а из казны оплачивались только командировочные расходы. Аналогичные формулировки закреплялись и в процессуальных кодексах, по нормам которых уклоняющегося эксперта могли подвергнуть приводу, штрафу и т. п. Такая постановка вопроса в условиях бесплатного оказания любых социальных услуг не только оправдывала себя, но и гарантировала реальную независимость экспертного мнения.

Органы здравоохранения создавали в своих учреждениях экспертные подразделения, не имеющие самостоятельного административного статуса. Врачи, которые там работали, оставались обычными психиатрами, добровольно согласившимися сузить свой профессиональный диапазон, чтобы не отвлекать «лечебников» от основного дела. Когда же УК РФ, вступивший в действие в 1997 г., отменил норму об уголовной ответственности за отказ от производства экспертизы, статус психиатра-эксперта изменился.

Право назначать экспертизу оставлялось за судом, прокурором и следователем, но исполнение экспертного поручения стало зависеть от доброй воли человека, обладающего необходимой подготовкой. Нужно было переходить к договорным началам, как известно, не гарантирующим независимость экспертного суждения. Сделать это сразу показалось рискованным, поэтому законодатель предусмотрел несколько вариантов решения проблемы.

1. Законом о государственной судебно-экспертной деятельности федеральные органы здравоохранения были обязаны выделять в подведомственных им учреждениях экспертные подразделения, которые занимались бы экспертизой профессионально. Их сотрудники нанимаются на работу в качестве государственных экспертов и выполняют свои функции независимо от наличия у них специальных полномочий, предоставляемых правоохранительными органами. Тем самым для процессуального статуса эксперта было сделано известное исключение.

Государственный эксперт обязан: принять к производству порученную ему руководителем соответствующего учреждения экспертизу; провести полное исследование предоставленных ему объектов и дать заключение по поставленным вопросам; составить мотивированное письменное сообщение о невозможности дать заключение при наличии на то оснований; обеспечить сохранность объектов исследования и материалов дела.

Эксперт не вправе: принимать поручения о производстве судебной экспертизы от каких-либо органов или лиц кроме руководителя учреждения; осуществлять экспертную деятельность в качестве негосударственного эксперта; самостоятельно собирать материалы для производства экспертизы; сообщать о результатах экспертизы кому-либо за исключением органа или лица, ее назначившего; разглашать сведения, которые ему стали известны в связи с производством экспертизы.

В производстве судебной экспертизы в отношении живого лица не может участвовать врач, который до ее назначения оказывал ему медицинскую помощь. Данное ограничение действует также при производстве судебно-медицинской или судебно-психиатрической экспертизы, осуществляемой без непосредственного обследования лица.

Подчеркнем, что государственные судебно-экспертные учреждения выделяются из состава учреждений федерального подчинения, и это справедливо, так как возлагать расходы по отправлению правосудия на другие инстанции нерационально. Однако имеются и иные нормативные установки. В частности, ст. 52 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» говорит, что «судебно-психиатрическая экспертиза производится в предназначенных для этой цели учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения».

2. Из сказанного не следует, что суд, прокурор и следователь ограничены в праве использовать знания тех специалистов,

которые им нужны по обстоятельствам дела. Просто когда они обращаются в государственные экспертные учреждения, их поручения являются прямым руководством к действию, а в иных случаях приходится искать взаимно приемлемые формы сотрудничества. В частности, когда в силу территориального удаления или специфичности вопроса (не следует забывать и о сроках рассмотрения дела) правоохранительные органы обращаются к нужным им специалистам, работа последних с вытекающими из нее правами и обязанностями начинается после заключения соответствующего договора.

Если экспертиза назначена по ходатайству и в интересах стороны, не освобожденной от оплаты судебных расходов, лицо, назначающее экспертизу, берет на себя и установление договорных отношений (ст. 96 ГПК). В других ситуациях труд экспертов оплачивается из фондов, которыми вправе распоряжаться назначающая инстанция.

3. Сегодня наряду с привычной для советской юриспруденции монополией правоохранительных органов на производство экспертизы наметились перспективы соревновательного начала в этом своеобразном виде доказывания. По Закону об адвокатской деятельности, предоставившему защите право самостоятельно добывать доказательства по делу (адвокат в гражданском процессе этим правом был наделен и раньше), профессионал может выступать в роли консультанта или осведомленного свидетеля, ознакомившись с материалами дела и заинтересованными людьми. Его мнение нередко меняет точку зрения суда на достаточность и доказательность материалов экспертного исследования.

> ***Например,*** *по заключению экспертного учреждения В., 17 лет, был признан находящимся в состоянии патологического аффекта при нанесении пяти ножевых ранений 15-летнему Н. Адвокат потерпевшего обратилась за консультацией к специалисту. Тот, проанализировав материалы дела, доступные защитнику, установил, что мотивом экспертного заключения была ссылка на рассказ подэкспертного, где тот объяснял все сильным страхом, вызванным тем, что «их было несколько, они все пьяные, боялся, что сейчас набросятся и убьют». Однако имеющиеся в деле свидетельские показания рисовали иную картину. В., будучи в нетрезвом виде, заявил своим 17–19-летним приятелям, юношам и девушкам, что «порежет Н.». Его пытались отговорить, но затем вчетвером (трое остались у подъезда) двинулись туда, где стояли Н., его*

15-летний приятель и 12-летний мальчик. Выполнив свой замысел, В. вместе со своими знакомыми отправился домой. Явное преимущество в силе и жизненном опыте, наличие оружия, отчетливо выраженное намерение его применить, позволили специалисту выразить сомнение в достоверности экспертного заключения, а защитнику – оспорить квалификацию деяния следствием.

И подобные случаи не редкость. Так что законодатель оставил за правоохранительными органами право руководствоваться в первую очередь процессуальным законодательством (органы здравоохранения обязаны работать в интересах правосудия, но суд не обязан ограничивать свои возможности в выборе эксперта только когортой государственных служащих). Ст. 41 закона «О государственной экспертной деятельности в Российской Федерации» прямо указывает: «*В соответствии с нормами процессуального законодательства Российской Федерации судебная экспертиза может производиться вне государственных судебно-экспертных учреждений лицами, обладающими специальными знаниями в области науки, техники, искусства или ремесла, но не являющимися государственными экспертами. На судебно-экспертную деятельность указанных лиц, распространяется действие статей 2,4,6-8,16,17, части второй ст. 18, статей 24 и 25 настоящего закона*». Речь в них идет об общих правилах осуществления экспертизы. Остальные моменты, касающиеся лицензирования, аттестации и административного подчинения эксперта на этих лиц не распространяются. Что понятно, ибо, например, гарантировать равенство сторон и независимость экспертного мнения при споре гражданина с государством было бы попросту невозможно.

Тем не менее, распоряжения министерства Социального развития и Здравоохранения уточняют ситуацию. В частности. Инструкция по организации судебно-психиатрической экспертизы в отделениях государственных психиатрических учреждений от 30.05.2005 г. предписывает стационарную экспертизу проводить только в больницах государственного подчинения. Положение об организации деятельности врача – судебно – психиатрического эксперта от 14.08.2002 г. подразумевает его государственный статус, а Положение о федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 30.06.2004 г. оставляет за собой право «осуществлять контроль за осуществлением судебно-психиатрической экспертизы».

Таким образом, мнение специалиста попадает в круг доказательств по делу разными путями. Однако взяв на себя

обязанности по производству экспертизы, врач должен соблюдать следующие требования: при необходимости проведения экспертного исследования в кабинете следователя или в зале суда либо при необходимости допросить эксперта по поводу проведенной экспертизы явиться по вызову органа, назначившего экспертизу; заявить самоотвод при наличии оснований, указанных в законе (ст. 70 УПК); отказаться от дачи заключения при наличии достаточных оснований (ст. 57 УПК; 85 ГПК); дать квалифицированное заключение по вопросам, содержащимся в определении суда или постановлении следователя.

За неисполнение или ненадлежащее исполнение перечисленных обязанностей эксперт-психиатр несет юридическую ответственность, в частности, за заведомо ложное заключение – по ст. 307 УК, за разглашение данных предварительного следствия – по ст. 310. При недостаточной ясности или полноте заключения эксперта может быть назначена дополнительная или повторная экспертиза (ст. 207 УПК; ст. 87 ГПК).

Следователь (соответственно прокурор и суд) вправе присутствовать при производстве экспертизы и получать разъяснения эксперта по поводу проводимых им действий. Факт присутствия следователя должен быть отражен в заключении (ст. 197 УПК).

Эксперт вправе:

♦ знакомиться с материалами уголовного или гражданского дела в полном объеме. Медицинская документация испытуемого – составная часть этих материалов. При направлении на экспертизу лица, содержащегося под стражей, экспертам предоставляется также личное дело арестованного;

♦ ходатайствовать о предоставлении ему дополнительных материалов, необходимых для дачи заключения;

♦ присутствовать с разрешения следователя или суда при производстве следственных (судебных) действий, задавать допрашиваемому вопросы, относящиеся к предмету экспертизы, и просить занести в протокол существенные для дачи заключения обстоятельства;

♦ совещаться с другими экспертами при производстве комиссионной экспертизы;

♦ указывать в своем заключении на обстоятельства, по поводу которых не были поставлены вопросы органом, назначившим экспертизу, при условии, что эти обстоятельства имеют значение для дела и их установление входит в компетенцию эксперта. Отмеченное правомочие эксперта именуется правом экспертной

инициативы;

♦ излагать на допросе свои показания собственноручно;

♦ получать возмещение расходов, связанных с явкой по вызову к следователю и в суд, а также с производством экспертизы. Если ее производство входит в круг служебных обязанностей врача-психиатра, то он не имеет права на дополнительное вознаграждение за проведенную экспертизу, а расходы по явке (проезду, найму жилого помещения, суточные) возмещаются ему в порядке командировочных выплат. Если же судебно-психиатрическая экспертиза поручена лицу, в служебные обязанности которого производство судебно-психиатрических экспертиз не входит, то эксперт имеет право как на оплату расходов, связанных с явкой, так и на вознаграждение за проведенное им экспертное исследование.

Порядок оформления судебно-психиатрического заключения унифицирован Инструкцией о проведении судебно-психиатрической экспертизы и Положением об организации деятельности врача-судебно-психиатрического эксперта, утвержденными приказами Минздрава РФ.

Во введении (формальная часть акта) указываются: сведения о подэкспертном (фамилия, имя, отчество, год рождения); лицо, назначившее экспертизу; время и место ее проведения; лица, осуществляющие экспертизу; вопросы, поставленные на разрешение экспертов. Отмечается, что эксперты предупреждены об обязанностях перед законом.

Сведения о развитии личности даются в объеме, позволяющем всем участникам процесса составить ясное представление о наличии признаков, имеющих значение по делу. Данные о появлении болезненных отклонений, их развитии, применявшемся лечении, его эффективности, наступивших последствиях приводятся в объеме, необходимом для подтверждения диагноза. Особое внимание уделяется описанию болезненного состояния, непосредственно предшествующего событию, ставшему объектом судебного рассмотрения, с выделением признаков, которые существенно повлияли на поведение подэкспертного в исследуемой ситуации.

Анализ поведения, по поводу которого проводится экспертиза, основывается на подробном изложении материалов дела. Поступки и высказывания подэкспертного, имеющие значение для экспертных выводов, подтверждаются ссылками на содержащиеся в деле документы. Если эксперт выявляет обстоятельства, не зафиксированные в деле, он обязан ссылаться на их источник (например, указать «со слов подэкспертного», «со

слов родителей», «по сообщению персонала больницы» и т. п.). В дальнейшем эксперт по этим обстоятельствам может быть допрошен как свидетель.

Данные медицинского обследования приводятся в объеме, подтверждающем диагноз заболевания. В обязательном порядке перечисляются методы получения информации с указанием результатов конкретных исследований. При этом надлежит использовать общепринятую терминологию, язык изложения должен быть понятным людям, не имеющим специальной подготовки.

В мотивировочной части акта эксперт сопоставляет сведения о состоянии здоровья подэкспертного с материалами, свидетельствующими об особенностях его поведения в ситуации, которая послужила основанием для возбуждения дела. При установлении между ними причинно-следственных связей эксперт обязан обосновать ход своих мыслей, ссылаясь на теоретические знания, подтверждающие объективную закономерность такого рода связей.

Резолютивная часть акта представляет собой точные и сжатые по форме изложения ответы на вопросы, поставленные лицом, назначившим экспертизу. Если исчерпывающий ответ на какой-либо вопрос невозможен, эксперт рассматривает причины возникших затруднений и указывает на необходимость их устранения в пределах возможного (недостаточность материалов, необходимость завершения экспертизы в ходе судебного разбирательства, неверная постановка вопроса и т. п.). После ответа на поставленные вопросы эксперт дает рекомендации относительно решения дела по существу, если это входит в его компетенцию (например, определяет вид психиатрической больницы для проведения принудительного лечения).

Акт подписывается всеми специалистами, участвовавшими в экспертизе, с указанием их должностей, званий и квалификационных категорий. При расхождении мнений каждый эксперт представляет собственное заключение.

3. Судебно-психиатрическая экспертиза в уголовном процессе

Сомнения относительно способности лица осознавать фактический характер и социальную опасность своих действий или руководить ими разрешаются при проведении судебно-психиатрической экспертизы (ст. 196 УПК). Она осуществляется в процессе предварительного следствия или судебного разбирательства в суде первой инстанции в зависимости от того, на каком этапе отправления правосудия возникло сомнение относительно душевного здоровья обвиняемого. Ходатайство о ее проведении может быть заявлено самим подследственным, его представителями, защитником, но право назначения предоставлено лишь лицам, ответственным за ведение дела: следователю, прокурору, судье.

Практика судебно-психиатрической экспертизы показывает, что 95 % всех экспертиз проводится именно на этих стадиях. Это свидетельствует о высокой заинтересованности работников следствия в установлении состояния психического здоровья обвиняемых, что поддерживается требованиями уголовно-процессуального законодательства. Иные способы разрешения такого рода сомнений (например, с помощью врачебного заключения, полученного в порядке консультации или допроса врача в качестве свидетеля) не допускаются.

Основанием для назначения судебно-психиатрической экспертизы лица, в отношении которого проводится следствие, служат сведения о наличии психического заболевания в прошлом или настоящем, ходатайство подследственного или его законных представителей, а также личное впечатление следователя или суда о ненормальности его поведения. О назначении судебно-психиатрической экспертизы обвиняемому его и его защитника следователь знакомит с соответствующим постановлением (ст. 195 УПК). Для помещения обвиняемого в психиатрическую больницу (если он не арестован), обязательно решение суда в соответствии со ст. 29 УПК поскольку время пребывания на судебно-психиатрическом освидетельствовании засчитывается в срок пребывания под стражей (ст. 203, 446 УПК, ст. 103 УК).

Обвиняемый (или его законный представитель) имеет право заявить отвод эксперту, просить о назначении эксперта из числа указанных им лиц, представить дополнительные вопросы для экспертизы, знакомиться с заключением эксперта (ст. 198 УПК). Следователь вправе присутствовать при производстве экспертизы.

В свою очередь эксперту предоставляется право знакомиться с материалами уголовного дела, запрашивать у следователя дополнительные данные для производства экспертизы, присутствовать при допросах и задавать допрашиваемым вопросы, имеющие отношение к предмету экспертизы (ст. 57 УПК).

Необходимость столь тесного взаимодействия эксперта и лица, проводящего расследование, понятна, ибо невменяемость определяется относительно конкретного деяния, для чего врачу могут понадобиться подробные сведения об особенностях поведения подэкспертного в преступной ситуации.

При завершении экспертного обследования врачи составляют акт по форме, установленной Инструкцией о производстве судебно-психиатрической экспертизы. Следователь обязан предъявить его для ознакомления обвиняемому, а если это невозможно по состоянию здоровья последнего, то его законному представителю (ст. 206 УПК).

Заключение экспертов о невменяемости лица или невозможности его участия в следственных действиях в связи с наличием душевного заболевания подлежит рассмотрению в процессе судебного разбирательства. Поэтому если нет оснований для прекращения дела производством, что предусмотрено как для больных, так и для здоровых, материалы направляются в суд для рассмотрения вопроса о принятия принудительных мер медицинского характера. В случае недостаточной ясности или неполноты заключения может быть назначена дополнительная экспертиза, поручаемая тому же или другому эксперту; эксперт может быть допрошен для разъяснения или дополнения сделанного заключения, если не требуется новых исследований. При необоснованности экспертного заключения или возникновении сомнений в его правильности может быть назначена повторная экспертиза, проводимая другим экспертом или другими экспертами (ст. 207 УПК).

Оценка доказательственной силы экспертных заключений – прерогатива суда… Если в процессе судебного разбирательства у суда появились сомнения в достоверности экспертного заключения о невменяемости обвиняемого, он вправе вызвать эксперта в зал судебного заседания, где участники процесса могут задать ему вопросы для разъяснения или дополнения сделанного ранее заключения.

В том случае, если в процессе предварительного расследования вопрос о невменяемости не ставился и дело было передано в общем порядке в суд, а у последнего возникли сомнения относительно способности подсудимого отдавать себе

отчет в своих действиях или руководить ими, суд вправе по собственной инициативе назначить проведение судебно-психиатрической экспертизы как в зале судебного заседания, так и в медицинском учреждении (ст. 283 УПК).

Определение суда может быть обжаловано защитником, близкими родственниками лица, признанного невменяемым, опротестовано прокурором. Кассационный суд не полномочен по своей инициативе назначить судебно-психиатрическую экспертизу, а при возникновении сомнений относительно правильности оценки психического здоровья должен вынести определение о направлении дела на новое расследование или новое судебное рассмотрение. Это обусловлено тем, что кассационная инстанция не вправе добывать дополнительные материалы следственным путем и всякое дополнительное расследование по делу, в том числе экспертиза, может проводиться лишь после отмены приговора с направлением дела на новое рассмотрение или в порядке производства по вновь открывшимся обстоятельствам.

Судебно-психиатрическая экспертиза свидетелей и потерпевших производится по общему правилу за исключением действий, предусмотренных законом при недобровольном оказании психиатрической помощи.

4. Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе

При судебном разрешении споров, когда способность лица правильно понимать значение своих действий или руководить ими рассматривается применительно ***к конкретному иску*** (признание сделки недействительной, отказ возместить ущерб, оспаривание завещания, признание брака недействительным, возмещение морального вреда, отобрание ребенка, признание незаконным увольнения или трудового ограничения и т. п.), судебно-психиатрическая экспертиза осуществляется по следующим правилам.

Лица, обладающие на момент рассмотрения дела гражданской дееспособностью, лично или через своих представителей защищают свои права и охраняемые законом интересы. Им надлежит заявить соответствующую просьбу о производстве экспертизы и, если сторона не освобождена от уплаты расходов, внести вперед плату за услуги специалистов. Со своей стороны суд, сочтя это необходимым, назначает экспертов для разрешения вопросов, которые каждое участвующее в деле лицо вправе поставить суду для разъяснения. Если суд отклоняет вопросы сторон, он обязан мотивировать свое решение.

Закон не предусматривает возможности проведения экспертизы по ходатайству другой стороны в ее интересах. Для подэкспертного психиатрическое освидетельствование является сугубо добровольным и осуществляется в соответствии с правилами, предусмотренными Законом о психиатрической помощи для пациентов, самостоятельно обратившихся к врачу.

Эксперт вправе знакомиться с материалами дела, участвовать в судебном разбирательстве, просить суд предоставить ему дополнительные материалы.

Заключение эксперта для суда необязательно, и последний рассматривает его лишь как одно из доказательств по делу, руководствуясь своим внутренним убеждением. Несогласие суда с заключением эксперта должно быть мотивировано в решении или определении по делу.

Суд может вызвать эксперта в судебное заседание, где тот обязан ответить на вопросы. Согласно процедуре первым задает вопросы лицо, по заявлению которого назначен эксперт, а затем – другие лица, участвующие в деле, и их представители. Эксперту, назначенному по инициативе суда, первым задает вопросы истец.

При недостаточной ясности или неполноте заключения

эксперта суд может назначить дополнительную, а при несогласии с заключением – повторную экспертизу (ст. 87 ГПК).

Каких-либо специальных признаков, отличающих судебно-психиатрическую экспертизу от других видов экспертиз, закон не предусматривает. Это означает, что методика освидетельствования и составление заключения должны отвечать общим правилам, закрепленным Инструкцией по производству судебно-психиатрической экспертизы.

Экспертиза для установления ***недееспособности*** имеет ряд отличий, вытекающих из правил особого производства. В частности, дело о признании гражданина недееспособным вследствие душевной болезни может быть начато по заявлению членов его семьи, органа опеки и попечительства, психиатрического лечебного заведения. Другие лица не имеют права выходить в суд с соответствующей инициативой. В заявлении должны быть изложены обстоятельства, свидетельствующие о том, что лицо, в отношении которого подается заявление, не может понимать значения своих действий или руководить ими. Такое проявление инициативы извне, помимо воли человека, от имени которого к правосудию обращаются заинтересованные лица, нетипично для гражданского законодательства (ст. 281 ГПК).

Сочтя представленные материалы достаточно убедительными, суд предпринимает дальнейшие действия, не согласовывая их с позицией лица, в отношении которого предстоит решить вопрос. В частности, в порядке досудебной подготовки судья назначает судебно-психиатрическую экспертизу для установления способности лица понимать значение своих действий или руководить ими. В исключительных случаях, при явном уклонении лица, в отношении которого возбуждено дело о признании недееспособным, от прохождения экспертизы, суд в судебном заседании с участием прокурора и психиатра может вынести определение о принудительном направлении его на психиатрическую экспертизу (ст. 283 ГПК).

Дело о признании гражданина недееспособным суд рассматривает с обязательным участием заявителя, прокурора и представителя органа опеки и попечительства, а также самого человека, в отношении которого принимается решение.

В случае восстановления у лица дееспособности суд также назначает судебно-психиатрическую экспертизу для установления его способности понимать значение своих действий и руководить ими.

5. Комплексная психолого-психиатрическая экспертиза

Когда при изучении личности участника процесса возникают сомнения относительно полноценности его психики, зачастую бывает трудно заранее предвидеть, кто должен сказать решающее слово – психиатр или психолог.

До последнего времени участие психолога в производстве экспертизы, объектом которой выступало болезненное расстройство психики, рассматривалось как исключительно вспомогательное. Однако на сегодняшний день появление в законе понятий «ограниченная вменяемость» и «недостижение возраста ответственности по уровню психического развития» в корне меняет ситуацию. Факт психического недостатка, вызванного как биологическими, так и социальными причинами, юридически конкретизирован. Его экспертная оценка вышла за рамки врачебного диагноза. Необходимость комплексной экспертизы с паритетной ролью специалистов в области психиатрии и психологии стала объективной.

Роль психиатра как вершителя экспертного заключения по всем вопросам, связанным с состоянием психического здоровья, сокращается до границ, в которых болезнь требует сугубо медицинской оценки, в остальном же врач переходит к партнерскому сотрудничеству с психологом. Комплексная психолого-психиатрическая экспертиза буквально на глазах стремительно расширяет поле своей деятельности, охватывая круг состояний, где заболевание выступает только фрагментом или компонентом рассматриваемой законом ситуации.

К объектам комплексной оценки в первую очередь относится ***интеллектуальная недостаточность***. Это обобщающее понятие обозначает слабость познающего сознания, препятствующую человеку вести себя адекватно ситуации, т. е. полностью осознавать фактический, социальный, нравственный и правовой смысл происходящего.

Если отставание в развитии началось в раннем детстве, наиболее уязвимым звеном бывает недоступность абстракций и обобщений, а связь между жизненными впечатлениями возникает очень примитивно, главным образом по внешнему сходству, совпадению во времени или посредством механической зубрежки правил. Для таких людей нежелательна любая смена обстановки. Страх перед непонятным и незнакомым вызывает сильную растерянность и может стать истинной причиной необоснованной

доверчивости, немотивированной озлобленности, неспровоцированной паники, импульсивной агрессивности и т. п. Причем окружающие, привыкшие наблюдать упорядоченное поведение умственно отсталого человека в привычной обстановке, склонны принимать шаблонность суждений и поступков за осмотрительность, рассудительность и даже разумность. На этом фоне им бывает трудно понять резкую смену поведения такого человека и мотивы его поступков. Оттого-то примитивные люди нередко становятся жертвами обывательской подозрительности, которая необоснованно приписывает им злую волю, хитро скрываемую до благоприятного момента.

Особенно часто незаслуженному порицанию подвергаются подростки, которым свойственно испытывать ощущение перемен, незаметное для окружающих. Обстоятельства жизни и учебы остаются прежними, но прилив новых чувств меняет взгляд на вещи, все привычное предстает в ином свете и задает душе очень серьезную работу. Растерянность под натиском необычных переживаний заставляет каждого подростка проходить сквозь своеобразный психологический кризис, порой болезненный и для гармоничной личности, не говоря уже о тех, кому с трудом дается любая перемена. Естественно, что истоки их социально неадекватного поведения без психолого-психиатрического анализа установить крайне сложно.

Разрушение интеллекта взрослого человека сопровождается сужением кругозора, исчезновением критического отношения к своим возможностям, психической неустойчивостью, податливостью постороннему влиянию нередко в сочетании с недоверчивостью к искренне расположенным к нему близким людям. Такие симптомы могут сильно исказить реакцию на обыденные обстоятельства и стать причиной поступков, истинный смысл которых ускользает от рассудка совершающего их человека.

В таких случаях речь чаще всего идет как о естественной старости, так и о вариантах, осложненных перенесенными заболеваниями.

Аномалии характера, присущие человеку от рождения или закрепившиеся с детства по причине социально-педагогической запущенности, включаются в многообразные обстоятельства тех эксцессов, которые сопровождают подверженных им людей на всем жизненном пути. Импульсивность, зависимость от настроения и воображения, склонность к риску на фоне трусости создают очень своеобразный рисунок поведения. И хотя сами по себе аномалии характера не бывают антиобщественными (криминальные установки человека принадлежат не характеру, а

личности), они усиливают подверженность соблазну, провоцируют легкомысленность в выборе мотива поведения, подрывают сдерживающие волевые начала. Жертву же преступления они нередко лишают той разумной предусмотрительности, которая должна служить естественным барьером противоправным поползновениям.

Ранее перенесенные заболевания способны ослабить психику человека, сделать ее более восприимчивой к психической травме, ранимой. В этом случае обычные эмоциональные реакции могут сопровождаться повышенной аффектацией. Если же преобладают разрушения в анатомических структурах центральной нервной системы, последствия болезни проявляют себя в изменениях личности, в особенностях ее этических установок. Грубеют нравы, возникают или заостряются эгоизм и эгоцентризм, побуждения и мотивы поступков приближаются к инстинктивным отправлениям, упрощаются представления о допустимом и приемлемом.

Правильные выводы о причинах криминального поведения таких лиц можно сделать лишь в том случае, когда наряду с психологически понятными мотивами поступков анализируются закономерности болезненно измененной почвы мотивообразования в целом.

Кратковременные сильные ***эмоциональные реакции*** (аффекты) нередко нуждаются в оценке специалистов и отграничении их, с одной стороны, от исключительных состояний, входящих в медицинский критерий невменяемости, а с другой – от обычной несдержанности плохо воспитанного человека. Недаром «умоисступление» под влиянием страстей издревле учитывалось уголовным законодательством как обстоятельство, влияющее на оценку виновного поведения.

Состояние подавленности духа, причинно связанное со стечением неблагоприятных личных обстоятельств, может существенно влиять на мотивы и поступки человека. Они (обстоятельства), ослабляя волю, умаляя жизненные потребности и ценность самой жизни, способны вынудить человека пойти на неоправданные жертвы. А после содеянного, коли речь идет об обвиняемом, провоцируют на самооговоры, а если о потерпевшем – на утрату инициативы в защите своих интересов.

До последнего времени перечисленные состояния не были объектом экспертизы. Они интересовали правосудие с точки зрения криминологии, общей концепции роли личности в происхождении феноменов отклоняющегося поведения, а также обстоятельств, смягчающих или отягчающих вину. Их исследование не выходило за рамки обязанности следователя

всесторонне изучать субъекта преступления. Однако сегодня психологический фактор из области теории вины и ответственности перешел в сферу непосредственной правоохранительной практики. Он введен в ранг обстоятельств, влияющих на судебное решение по существу, и его оценка должна быть точной. Сделать это с помощью только клинических критериев не представляется возможным. Положиться же на чистую психологию, когда мотивы неадекватного поведения разворачиваются на болезненно измененной почве, также было бы неверно. Объективно необходимым стало сотрудничество специалистов, обладающих познаниями в смежных областях. Перед судом и следствием стоит задача очертить круг вопросов, которые должны решаться с помощью и при посредстве комплексной психолого-психиатрической экспертизы.

Так, при установлении ***ограниченной вменяемости*** или определении смягчающих вину обстоятельств суд должен знать, во-первых, есть ли у обвиняемого болезненные расстройства психической деятельности и в чем именно они состоят; во-вторых, в какой мере они связаны с индивидуальными особенностями характера и личности, способными существенно повлиять на поведение субъекта при совершении им инкриминируемых ему действий; в-третьих, каким образом выявленные психические недостатки повлияли на способность лица руководить своими действиями или отдавать себе в них отчет в конкретной криминальной ситуации.

При возникновении сомнения относительно ***соответствия реального психического развития биологически достигнутому (паспортному) возрасту*** необходимо определить роль и значение биологических и педагогических факторов отставания в конкретном случае. Для этого следует выяснить, во-первых, имеет ли место болезненно обусловленная недостаточность задатков интеллекта, которая не может быть преодолена в принципе, а лишь более или менее компенсирована правильным воспитанием; во-вторых, в какой мере реальные обстоятельства жизни усугубили имеющийся психический недостаток; в-третьих, какому возрасту по специфике мотивообразования соответствует психическое состояние несовершеннолетнего.

Уточнение ***вероятности использования преступником болезненного состояния или психического недоразвития потерпевшего*** требует, в первую очередь, диагностики имеющегося заболевания, во вторую – установления причинной связи болезни с обнаруженными психическими недостатками, в третью – обоснования роли в криминальной ситуации отклонений психики, создавших преступнику подавляющее преимущество и

отнявших у жертвы способность к сопротивлению.

Нетрудно заметить, что в каждом из трех указанных вариантов первый вопрос адресован психиатру, второй – психологу, а третий отнесен к их совместной компетенции. Такая расстановка задач обусловливает специфику комплексной экспертизы, на что надлежит обратить особое внимание.

До этого момента мы неоднократно подчеркивали, что в основе правового статуса врача-психиатра, привлеченного к проведению судебно-психиатрической экспертизы, лежит его личная ответственность перед законом, не связанная никакими обязательствами соотносить свое решение с кем бы то ни было. Если экспертиза проводится комиссионно, каждый врач, точка зрения которого не совпадает с мнением коллег, обязан и вправе представлять суду и следствию собственное заключение. Коллегиальная подпись комиссии под общим актом экспертизы означает совпадение мнений экспертов.

При производстве комплексной экспертизы такая автономия нереальна, ибо ни один из специалистов не обладает исчерпывающими знаниями по существу вопроса и не в состоянии взять на себя ответственность за экспертное заключение в целом.

Правосудие имеет основания и должно пользоваться познаниями психиатра и психолога одновременно. Сфера психологических интересов правосудия расширяется, так что в перспективе следует ожидать появления новых вопросов к специалистам в данной отрасли знания. Скорее всего, они не выйдут за рамки представлений о вине, возрасте ответственности и беспомощном состоянии, а будут носить лишь уточняющий характер, поэтому в практической деятельности перечисленные варианты при необходимости могут служить надежным материалом для аналогий.

В заключение напомним, что психиатр и психолог как специалисты сильно отличаются друг от друга. Врач имеет строго очерченную сферу деятельности, ограниченную перечнем заболеваний; ясно обозначенную отрасль медицины, четкую симптоматологию, определенную диагностическую технику и веками отработанную логику диагностического мышления. В отличие от него психолог сильно зависит от отрасли, где он трудится. Например, сотрудники профориентационной лаборатории, школьные, медицинские, спортивные психологи имеют довольно одностороннее представление о человеке, а их сведения об отклоняющемся (особенно о криминальном) поведении обычно не идут дальше общежитейских представлений.

По сути, ситуация напоминает середину XIX в., когда

социальная и правовая культура задали наукам о человеке практически недосягаемый уровень ожиданий. Но если в те времена юриспруденция могла позволить себе устраниться от решения вопроса о невменяемости и недееспособности, предоставив психиатрии право пользоваться исключительно клиническими критериями, сейчас сделать подобный шаг в отношении психологии не представляется возможным. Этого не позволяет состояние психологической науки, не готовой выносить категоричные выводы о юридическом значении тех или иных психических проявлений человека.

Самим фактом своего зарождения и становления комплексная психолого-психиатрическая экспертиза знаменует новый этап отношений правоохранительных органов со специалистами в области психического здоровья. Отныне категоричное заключение независимого эксперта теряет значение гаранта истины, ибо его профессиональные возможности позволяют высказать более или менее обоснованное мнение. Перед правосудием встает проблема сопоставления мнений при соревновании экспертных заключений, зачастую не лишенных тенденциозности.

Вопросы для самостоятельной работы

1. Чем отличается «государственный эксперт» от эксперта, назначенного судом не из числа сотрудников экспертного учреждения?

2. Как обеспечено соблюдение принципов состязательности и равенства сторон при осуществлении судебно-психиатрической экспертизы?

3. Какова роль суда присяжных в оценке значения имеющегося психического расстройства подсудимого для принятия решения по существу?

4. Что разделяет сферы компетенции психиатра и психолога в оценке психического состояния человека?

Рекомендуемая литература

Решетникова И. В. Доказательственное право в гражданском процессе. Екатеринбург, 1997.

Россинская Е. Р. Судебная экспертиза в уголовном, гражданском, арбитражном процессе. М., 1996.

Татьянина Л.Г. Психопатология и уголовный процесс. Ижевск, 2002.

Тауганов В. Г. Особенности судебно-психиатрической оценки лиц с психическими расстройствами. М., 2001.

Шишков С. Сроки судебно-психиатрической экспертизы // Соц. законность. 1996. № 9.

Щерба С. П. Расследование и судебное разбирательство по делам лиц, страдающих физическими и психическими недостатками. М., 1975.

Глава 7. О предмете доказывания в судебной психиатрии

«Психическое расстройство не является точным термином, под ним подразумевается клинически определенная группа симптомов или поведенческих признаков, которые причиняют ***страдания*** *и препятствуют* ***личностному функционированию***», мы возвращаемся к этому определению, данному Всемирной организацией здравоохранения, чтобы теперь рассмотреть его с содержательной стороны.

Оба ключевых понятия – «страдания» и «личностное» – используемые в приведенном определении, относятся к субъективному миру человека и чрезвычайно сложны в доказательственном отношении. По сути, психопаталогия не имеет к ним прямого отношения, ибо «способность вести себя общественно приемлемым образом без внешнего контроля» (что обычно понимается под личностью) хорошо декларировать как некоторое гуманитарное обобщение, но чрезвычайно сложно конкретизировать. Поэтому в клинической картине того или иного психического расстройства личность обычно присутствует в виде некоего эвентуального фактора, но предметом науки выступают более простые и доступные исследованию психические свойства и качества.

1. О сознании

«Основанием для признания невменяемым служит «дефект сознания, не позволяющий понимать природу и качество совершаемого деяния»[25]. *«Личность – это психологический облик человека, сознающего свою роль в обществе, членом которого он является»*[26]. *«Все нравственные явления являются интеллектуальными, так как проходят через сознание»*[27].

Мы привели эти цитаты, чтобы подчеркнуть – для юристов личность и человек, обладающий сознанием, если и не идентичны, то отличаются несущественно, если ограничиваться доказательством умысла. Так и было, пока в отечественном праве доминировал оценочный принцип вины и преобладали нормы-правила с административно-репрессивным стилем правосознания. Отсюда и такая вольность в использовании психологической терминологии, когда от замены одного слова другим действительно существенно ничего не менялось.

Между тем, коль скоро законодатель намерен все больше считаться с субъективной составляющей ответственности, юристам придется точнее выражать свои мысли с учетом тех значений, которые есть у терминов, обозначающих внутреннюю жизнь личности человека. И прежде всего, когда речь идет о сознании.

Начнем с того, что судья, будучи обязан установить по меньшей мере три факта (наличие сознания – ***способность*** осознавать; объем и ясность – ***возможность*** осознавать в полной мере; уровень развития – ***готовность*** ориентироваться в социальных значениях события), должен прислушиваться к мнению психолога и психиатра, для которых феномен сознания в жизни человека возникает много раньше, чем его начинает учитывать юрист.

Как **факт психической жизни** сознание дает о себе знать с трехлетнего возраста и означает появление воображения. Отныне ребенок в состоянии отделить себя от содержания своих психических процессов и оценить свои мысли, чувства, намерения как бы со стороны. Совокупный след отраженного внешнего впечатления и внутреннего переживания отлагается в памяти как лично воспринятое событие.

В качестве иллюстрации можно привести случай из экспертной практики, когда нам пришлось посмертно отличать феномен сознания от продукта, созданного исключительно усилием мышления.

Н., пожилой человек, неизлечимо больной раком легких (о чем знали родственники), проживал в двухкомнатной квартире с сожительницей, которой и завещал жилплощадь. Его взрослый сын претендовал на наследство, о чем не раз заговаривал с отцом, но тот категорически отвергал любые поползновения в этом направлении. Однажды вечером сын с дочерьми-подростками приехал к отцу в гости. Мужчины немного выпили на кухне, после чего сын пошел в комнаты, а отец остался с внучками. У сына состоялся разговор с сожительницей отца, окончившийся убийством последней. Не говоря о произошедшем, сын отвез отца к себе домой, откуда тот ранним утром, вернулся в свою квартиру, обнаружил труп и явился в милицию.

Его речь, записанная на пленку, звучала примерно так: «Сижу я на кухне и думаю: «Что-то они там долго говорят, о чем бы это?». Пошел в коридор, а сын выходит навстречу. Я чувствую, что не ладно что-то. Говорю: «Что у вас тут?» – а он: «Ничего, оклемается». А сам он здоровый мужик, берет меня за плечи и ведет к машине, мол, к нам поедем. Страх меня взял, как бы он меня не убил. Едва дождался утра и побег домой…» и т. д.

Через несколько дней семья Н. потребовала, чтобы он взял вину на себя, поскольку «все равно, где помирать». Он согласился выручить сына и дал признательные показания в кругу семьи под видеозапись. Там он излагал события примерно так: «После того, как сын уехал с дочерьми, я пошел в комнату. Сожительница стала говорить, что мои дети к нам ездят только что-нибудь получить. Мы поссорились. Я взял ее за горло. Сжал сильно. Она захрипела. Я испугался и убежал к сыну…» и т. д.

Нетрудно убедиться, что в первом случае в памяти переплетаются факты и переживания, тогда как во втором изложены только факты. Отсутствие внутреннего содержания речи, на наш взгляд, было достаточно заметно, чтобы с уверенностью отличить результат естественного припоминания от продукта работы исключительно мышления.

Ясность сознания понимается как способность человека соотносить проявления своей психической деятельности с собственной индивидуальностью, что позволяет корригировать ошибки отдельных психических процессов, исправлять иллюзии, преодолевать заблуждения, отделять плоды воображения от реальности.

Ясность сознания неразрывно связана с деятельностью памяти. Подчеркивая разумность нашего поступка, мы говорим, что действовали «в ясном уме и твердой памяти». Запоминание осознанного позволяет удерживать *константность (непрерывность)* поля сознания.

Впечатление о нарушении константности может возникнуть, когда изменяется ***объем*** сознания, и это сказывается на отчетливости воспоминаний. В обычном состоянии сознание более или менее равномерно распределяется между миром внешних и внутренних впечатлений, однако стоит нам сосредоточиться на чем-то, как поток внешних впечатлений уменьшится и вполне может оказаться, что мы не заметили вполне очевидного.

Для иллюстрации возьмем круг, символизирующий отражающее *Я* (рис. 1*)*. В его центре находится нечто (душа), способное видеть происходящее вовне и внутри одинаково объективно. При этом внимание как инструмент сознания, регулирующий отношения между отражением и воображением, направлено в ту и другую сторону равномерно. Вертикальный диаметр обозначает, что обе сферы на данный момент равны по значению.

Например, человек, ничем особенно не озабоченный, идет по улице, фиксируя в памяти погоду, случайно встреченных знакомых, толпу. В то же время он способен следить за своим мыслями, чувствами, отношениями; готов сообщить не только о том, что происходило, но и как он в это время обдумывал свои планы и намерения и что чувствовал по поводу происходящего (рис. 1 а). Однако стоило появиться психическому напряжению, как соотношение позиции меняется. Внешние впечатления сокращаются в объеме, а воображение начинает доминировать. Мы невольно погружаемся в мир собственных переживаний, в той или иной мере отрываясь от происходящего (рис. 1 б).

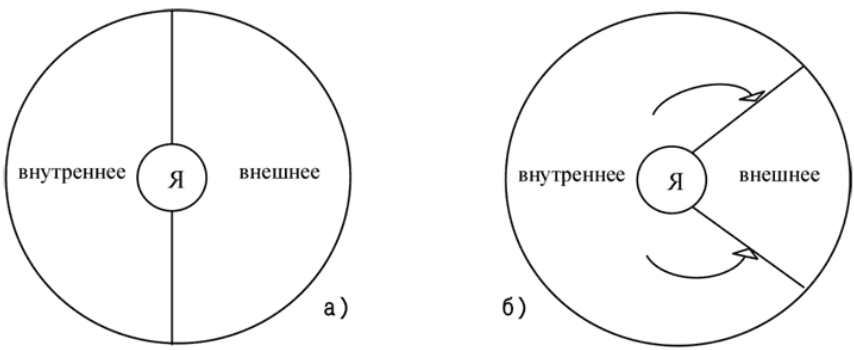


Рис. 1

А. Ф. Кони писал: «… почти ни один подсудимый, совершивший преступление под влиянием сильной эмоции, не может рассказать подробности решительного момента своего деяния и то же время способен передать быстро сменявшиеся и перекрещивающиеся в душе мысли, образы и чувства перед тем, как он ударил, оскорбил, спустил курок. Чем неожиданнее впечатление, тем больше парализуется внимание, тем быстрее внутренняя буря охватывает своим мраком внешние обстоятельства».

Сильные чувства ***сужают поле сознания***. Это уже в какой-то мере имеет отношение к психопатологии, ибо крайние случаи «умоисступления» законодатель всегда приравнивал к «безумию». И ныне понятие «патологический аффект» входит в лексику экспертной терминологии.

Недостаток впечатлений ведет к феномену ***сенсорной депривации***, когда сознание не получает нормального количества материала для психического отражения и воображение бывает вынуждено занимать освободившееся пространство. В крайних случаях это ведет к полной дезориентировке. Примером может служить Пенсильванская система тюремного содержания США в XIX в., позволявшая оставлять заключенных на длительное время в полном одиночестве, темноте и без движения (связанными). Психозы среди них считались ординарным явлением.

В обычной жизни сенсорные ограничения могут быть сопряжены с дефектами зрения, слуха, в редких случаях – со спецификой воспитания. Люди бывают вынуждены строить свои отношения с окружающими на зауженном поле реальных впечатлений, зачастую довольствуясь односторонними чертами, упуская многообразие мира. Преобладание воображения дает дорогу чувствам, не являющимся прямой реакцией на обстоятельства.

Прекрасное описание искажения жизненной перспективы сенсорно депримированного человека принадлежит перу В. Г. Короленко. В его повести «Слепой музыкант» мальчика, погружающегося во внутренний мир, дядя заставил целый год странствовать с такими же слепыми, как он, нищими бандуристами, чтобы дать ребенку ощущение многообразия реальности, обогатить его впечатлениями, которые тот впоследствии смог выразить посредством присущего ему музыкального таланта.

Ошибки восприятия, называемые ***иллюзиями***, означают ложное узнавание на стыке между отражением и воображением.

При них излишне активное внимание, побуждаемое страхом или страстью, торопится убедиться в своих ожиданиях по минимальному числу признаков. Типичным примером иллюзии может служить банальная ошибка студента, безусловно умеющего читать, когда он при получении экзаменационного билета по совпадению в тексте некоторых лексических элементов видит хорошо знакомый ему вопрос вместо недоученного. Об иллюзиях, провоцируемых страхом и тревогой, будет рассказано в разделе, посвященном патологии эмоций.

Расстройства восприятия психотического уровня, или ранга, вклиниваются между *Я* и миром, как внешним, так и внутренним. Они не деформируют, а *дезорганизуют сознание*.

И наконец, способность отражать внешние (и внутренние) впечатления, ощущения может отсутствовать из-за неспособности нервных клеток к действию. Например, состояние оглушения после травмы или эпилептического припадка характеризуется *помрачением* сознания. Иногда оно бывает полным, но нередко речь идет лишь о «сумерках», когда способность к действию сохраняется, но его следы не удерживаются в памяти (автоматическое поведение). Придя в себя, человек сам удивляется содеянному. Подобные случаи нужно отличать от ситуации, когда события просто забываются. Типичным примером такого запамятования являются тяжелые, так называемые «амнестические» формы опьянения, после которых сохраняются лишь обрывки воспоминаний. «Ой, где был я вчера, не найду, хоть убей. Только помню, что стены с обоями», – слова в одной из песен В. Высоцкого.

Уровень развития сознания составляет третью характеристику, подлежащую доказыванию. И это естественно, так как факт наличия сознания и степень его ясности еще не гарантируют разумности поведения. Появившись в раннем детстве, не обогащенное знанием, оно не имеет юридического значения. Лишь в процессе обучения, посредством слов (речи) оно год за годом расширяет представления ребенка об окружающих его предметах и отношениях до масштабов, установленных цивилизацией для полноправного члена общества.

Не обученный правильно мыслить человек тоже обладает известным опытом, который дают ему незамысловатый труд и взаимодействие с людьми, но это лишь фактическая сторона жизни. Социальный смысл бытия постигается с усвоением нравственных ценностей, определяющих принадлежность человека ко «всей совокупности общественных отношений». Обычный человек достигает необходимого уровня к 14-летнему возрасту, кому-то «общественное сознание» не дается, сколько бы

его ни учили (при врожденном слабоумии), кто-то задерживается в сроках его достижения, кто-то остается на низком уровне развития в силу своих ограниченных возможностей и плохого воспитания. Здравый смысл улавливает такие индивидуальные отличия без особого труда, и общество правильно реагирует на этот факт, используя в отношении примитивных людей дисциплину там, где остальным предоставляет свободу выбора решений.

Для законодателя важнее другое. 14-летний рубеж наступления возраста ответственности установлен не только потому, что к этому сроку ребенок должен освоить гражданский минимум. Речь идет о некоем качественном изменении самой природы этого явления – возникновении *самосознания*, которое можно образно определить как жизнь в пространстве личности (в отличие от сознания во внешнем мире). По сути, до подросткового возраста ребенок лишь готовится к его приходу. Детям прививают навыки социальных ролей в той среде, где их воспитывают, с тем чтобы, когда придет пора, они могли без сопротивления принять требования этих ролей как внутренние смыслы поведения. С ранних лет взрослые не устают повторять, что красть нельзя ни при каких обстоятельствах, обижать слабых стыдно, принуждать к чему-либо другого человека силой отвратительно, а обманывать – ниже человеческого достоинства, но никто всерьез не ожидает, что оставшись без присмотра и надеясь на безнаказанность, дети будут вести себя по этим правилам. Все прекрасно знают, что ребенок ориентируется не на внутренние смыслы моральных призывов, а на то, от кого призывы исходят. И без малейшего угрызения совести ведет себя в одном обществе по одним меркам, а в другом – по другим. Единственно, на что надеются воспитатели, – укоренить привычку жить по правилам, чтобы та облегчила выбор ценностей в пользу общества, когда придет время так называемой «личностной атрибуции». И когда это время наступает (подростковый возраст, сигнализирующий о своем наступлении появлением вторичных половых признаков), ребенок очень своеобразно прозревает. Отныне он может осознать собственную принадлежность к общим идеям бытия и начать служить добру, истине, красоте, справедливости, любви в меру своей способности быть носителем принципов, идеалов и убеждений.

Естественно, стартовые возможности у всех разные. Духовные запросы (подготовленные воспитанием) и способность мыслить идеями (подготовленная обучением) в этот период сплетаются с амбициозностью характера (заложенной природой) и самокритикой (зависящей от интеллекта в целом), что может

давать весьма сомнительные комбинации.

В частности, разбивается миф о послушном ребенке, созданный угнетающим воспитанием. Как в свое время заметила А. Фрейд, воспитанники престижных интернатов, несмотря на свои блестящие манеры, в нравственном отношении ничем не отличаются от своих уличных собратьев. А известный российский педагог П. Блонский указывал, что с началом полового созревания дети «примитивных народов» (дети из поселков, затерянных в природе, свезенные в интернаты районных центров), раньше ничем не отличавшиеся от сверстников, быстро опускаются до уровня, свойственного их родителям.

Кроме того, дают о себе знать и антропологические характеристики. «Элементарно простые, – по словам П. Ганнушкина, – примитивные люди, лишенные духовных запросов, но без недоразумений занимающиеся ремеслом, работающие в торговле и даже в администрации», остаются в неведении относительно многих социальных смыслов общественных отношений. А люди, «страдающие отсутствием социальных эмоций: сознания долга по отношению к обществу, чести, стыда… равнодушные к похвале и порицанию… у которых не приходится искать сколько-нибудь выраженных духовных интересов» (нынче их называют людьми с дефицитом привязанностей), не улавливают за формальной стороной нормы одухотворяющего ее морального смысла.

Понятно, что отсутствие критики к себе (от глупости) в сочетании с амбициозностью (от характера), помноженные на неумение отвлеченно мыслить (от необразованности) и бездуховность (от запущенности) могут производить впечатление явного недоразвития самосознания. Излюбленный сюжет художественной литературы – приключения «дефективного» (по терминологии уголовного законодательства РСФСР в 20-е гг.) в джунглях цивилизации. Обычно ему в той или иной мере сочувствуют, но за своего не принимают.

Это реальность. И до последнего времени суд мог придерживаться такой же общечеловеческой позиции, смягчая наказание с учетом личности обвиняемого. Но сегодня ситуация изменилась. Статья 20 УК в категоричной форме требует устанавливать факт и уровень развития самосознания, ст. 26 ГК расширяет границы дееспособности ребенка с ориентацией на его способность принимать разумные решения, Закон РФ о психиатрической помощи разрешает с 15 лет самостоятельно отказываться от лечения при отсутствии признаков задержки психического развития. Как видим, критерии оценки самосознания прочно вошли в предмет доказывания. К тому же

отмена наказания за социальное бездействие (ст. 209 УК РСФСР) вызвала (на фоне перестройки) быстрый рост числа людей маргинальной ориентации с инфантильным самосознанием. Их психолого-психиатрический образ пока расплывчат, но роль в жизни общества вполне ощутима.

Самосознание, понимаемое юристами как выразитель (показатель) нравственной зрелости, сдвигает проблему в направлении этики, что, по-видимому, свойственно самой юридической ментальности. Вспомним хотя бы высказывание М. Строговича о том, что «все нравственное проходит через сознание». Другими словами, осознав, гражданин обязан сделать нравственный выбор (не всегда в пользу общества и государства, но под свою ответственность).

При этом не следует забывать, что в других дисциплинах феномен самосознания рассматривается под иными углами зрения. Для медицины он – источник невротических сомнений, для педагогики – причина возникновения юношеской оппозиционности и эмансипации, для социологии – способ выбора роли, для психологии – форма существования *Я*. В нашем пособии мы не будем на них останавливаться, но напомнить об их существовании излишним не считаем.

Таким образом, как объект доказывания сознание можно рассматривать в двух ипостасях. Первая – расстройства ***предметного сознания*** (сужение, помрачение, изменение). Их причины – чрезмерные нагрузки на нервную систему. Формы проявления – мимовольное действие, не оставляющее полноценных впечатлений. В гл. 5 мы достаточно подробно описали конкретные признаки аффекта, реакции короткого замыкания, нервного шока и др., чтобы сейчас не возвращаться к этой теме. Тем более что в разделе о психопатологии реакций на стечение тяжелых личных обстоятельств мы вновь обратимся к ней. Вторая – ***расстройства самосознания*** или, как его иногда называют, личностного сознания, когда реальная жизнь (отражение) и существование отвлеченных понятий (воображение) не связываются между собой принципами, убеждениями, идеалами. Это может зависеть от примитивности натуры, остающейся в своем развитии, как говорили предки, «на архаичном уровне», «по-детски безнравственной» или «вечно пятнадцатилетней» и т. п. Самосознание у взрослого человека может разрушиться под влиянием болезни. Обобщенным же результатом становится нестыковка личных и социальных смыслов поведения в том, что называется мотивом поступка. На более конкретных проявлениях расщепления единства личности мы подробнее остановимся в дальнейшем.

Итак, сознание в обеих его ипостасях – главнейший признак присутствия личности в ситуации, требующей судебного решения. Однако доказать его реальное влияние на конкретный поступок можно лишь гипотетически. Сопоставляя манеру поведения и воспоминания человека (которыми он найдет нужным с нами поделиться), мы в состоянии с той или иной степенью вероятности предположить, в какой мере была расстроена его способность *соотносить внешние и внутренние смыслы поведения* и в какой именно форме. Здесь от специалиста требуется умение делать выводы на основе сравнительно простых и доступных измерению фактов нарушения отдельных психических функций.

2. О восприятии

«Назначение экспертизы обязательно, если необходимо установить… психическое… состояние потерпевшего, когда возникает сомнение в его способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания» (ст. 196 УПК).

Человек узнает о происходящем в окружающем мире с помощью органов чувств, способных трансформировать энергию неживой природы в состояние нервного возбуждения. Так возникает ощущение, на которое личность реагирует далеко не всегда. Многие автоматические действия, ранее требовавшие осознанного отношения к поступающим сигналам, перешли в разряд подсознательных актов, воспоминания о которых не сохраняются. В поле сознания попадают лишь ощущения, на которых сосредоточена деятельность личности (они окрашены чувством, имеют отношение к цели, интерпретируются мышлением, соотносятся с памятью). Такая концентрация психической энергии на ощущаемом обеспечивает его фиксацию в памяти как личного впечатления, связанного по времени с событиями внутренней жизни.

Источники энергии психических процессов, поддерживая ощущение в его пути на уровень осознанного события личной жизни, где оно перейдет в ранг **восприятия**, могут своей активностью деформировать содержательную сторону явления: эмоции – менять расстановку акцентов, воля – стилизовать значимое по цели, мышление – подменять незнакомое известным. Об этом подробно рассказывают учебники по общей психологии в разделе «апперцепции». Так что в конечном счете личность воспринимает из ощущаемого лишь часть реальности, извлеченную из фактического события ее опытом, интересами и направленностью.

Сказанное можно проиллюстрировать на примере ощущения времени. Для него нет какого-то отдельного анализатора, и мы воспринимаем его по движению событий от прошлого к настоящему. Естественным регулятором чувства времени выступают смена дня и ночи и биологические изменения в организме. С накоплением жизненного опыта примат в оценке времени переходит к такому показателю, как последовательность мыслей, темп которых по собственной воле изменить невозможно. Каждый приноравливается к этому субъективному критерию. Однако стоит нам попасть в обстановку, ускоряющую темп психических процессов, как ощущение времени искажается. Когда

мы чем-то увлечены, время «летит незаметно», в состоянии страха «момент длится вечно», скучая, мы с досадой обнаруживаем, что прошло всего 30 минут, а не два часа, как нам кажется, и т. д.

Таковы иллюзии обыденной жизни. Их в любом случае приходится учитывать, если мы хотим получать «правильные» сведения. Обычно показания лишь в той или иной мере отражают действительность, и суд, исходя из обстоятельств по делу, ориентируется на некую степень достоверности, которую и принимает за истину.

Иллюзии могут искажать восприятие и более существенно. Речь идет о конкурирующей силе воображения, действующего одновременно с отражением в данный момент времени.

Прежде всего, нужно иметь в виду, что люди в разной степени бывают готовы использовать критерий практики в осознании впечатлений. Ведь даже в обычной жизни мы никогда не исследуем предметы доподлинно, а опознаем вещь по нескольким деталям. Как заметил К. Чапек, мы окружены вещами-невидимками. И стоит фантазии чуть разыграться, мир вокруг нас наполняется вымышленными персонажами. Недаром приходится затрачивать столько труда, чтобы приучить детей вникать в реальность, а не выдумывать ее. Зная такие особенности восприятия, наши предки издревле предписывали «тех, которые в малых летах, в обыск не писать» (к допросу в качестве свидетелей не привлекать). Склонность попадать под влияние воображения, когда, по словам основоположника психиатрии Е. Блейлера, «воспоминания и ассоциации подавляют ощущения», относится к индивидуальным особенностям личности, «перетолковывающей восприятие в смысле имеющихся представлений».

Происходит это в различных формах: агглютинации – «склеивания» черт реально переживаемого в комбинации, продиктованной воображением; гиперболизации – преувеличения свойств и качеств в соответствии с ожидаемым образом до масштабов, искажающих реальность; типизации – выделении какого-либо признака с приписыванием ему основного содержания события или явления. Остается лишь заметить, что люди, наделяющие образ преступника зловещими чертами, особыми извращениями в смысле нравственного чувства и устрашающими манерами в порядке гиперболизации, агглютинации и типизации, особенно часто становятся жертвами обходительных мошенников и обаятельных негодяев.

Болезненно измененное воображение может вообще исключить возможность адекватного впечатления как от внешних, так и от внутренних обстоятельств события.

Галлюцинации представляют собой переживания, при которых наряду с реальными предметами и явлениями человек воспринимает несуществующие. Например, видит на столе крысу и бросает в нее чем попало, слышит из-за стены угрозы в свой адрес, ощущает отвратительный вкус или запах. В деревнях, откуда далеко ехать до больницы, человека в алкогольном психозе нередко запирают в бане, где он дня три «гоняет чертей по углам веником».

Появление галлюцинаций не связано с деятельностью рецепторов и полностью зависит от болезненно измененного воображения. Иногда они входят в картину таких хронических заболеваний, как шизофрения, но могут наблюдаться и при отравлении организма (в частности, токсическими веществами), а также при тяжелых формах алкоголизма и наркоманий. Галлюцинации похмельного периода блестяще описаны художниками слова: «А оно зеленое, пахучее, противное, / Прыгало по комнате, ходило ходуном. / Вдруг откуда ни возьмись пенье заунывное. / Привиденье оказалось грубым мужиком».

Когда галлюцинаций слишком много, они могут полностью заслонить собой картину мира, лишая человека способности к какому-либо осмыслению действительности. Диагнозы «делирий» и «аменция», которые при этом ставят, означают расстройство сознания и необходимость неотложных мер психиатрической помощи.

Психиатрии известны и более сложные варианты расстройства восприятия, искажающие не только внешнюю картину мира, но и впечатления о собственных «психизмах», по определению классиков. Ведь человек кроме событий воспринимает еще и принадлежность себе мыслей, чувств, воспоминаний, намерений. В этой сфере тоже могут быть признаки отчуждения от внутренней реальности. Однако описывать здесь столь своеобразные симптомы «психического автоматизма» неуместно. В их диагностике юристу приходится полагаться на профессиональный опыт врача.

3. О памяти

Законодатель не счел нужным указать конкретные расстройства этой сферы психической деятельности в качестве основания для определенного судебного решения, хотя, как известно, «память – основа разума» и именно она является поставщиком львиной доли доказательств. Так было и раньше, когда предки употребляли термины «беспамятность» или «находиться в твердой памяти», но избегали каких-либо уточняющих формулировок, должно быть из-за того, что доказать, вспомнил человек или забыл, практически невозможно. Приходится полагаться больше на клятвы, чем на экспертизу. Тем не менее, известные клинические ориентиры нужно знать и уметь ими пользоваться.

У обычных людей вариации в степени развития этих способностей могут быть весьма различны как по всем компонентам в целом (*блестящая память*), так и по отдельным характеристикам (*образная, логическая, кратковременная, оперативная, долговременная и др.*). При соответствующей тренировке память может стать воистину потрясающей. Так, у народов древнего мира книги Веды (объемом не меньше Библии) сохранялись в памяти в течение восьми веков, пока в Индии не было письменности. Однако юридическая практика обходится гораздо более скромными показателями того, что человек находится в «твердой памяти». От него требуется лишь воспроизвести фактическую сторону события и свои переживания по этому поводу.

Обычные заблуждения связаны с искажением представлений о прошлом за счет работы воображения. Это и понятно, ведь события проходят безвозвратно, а след, оставшийся от них, постоянно идет в дело. Во-первых, очевидец до того, как будет обязан представить информацию, неоднократно выступает в этой роли перед многими людьми, пересказывая происшедшее. Естественно, он вольно или невольно откликается на их ожидания, постепенно дополняя рассказ подробностями, подсказанными фантазией. Во-вторых, чем выше развитие человека, тем охотнее пользуется он средствами логической связи для перевода воспоминаний в долговременную форму, двигаясь от специфики случая к типичным признакам аналогичных событий того же вида, рода и класса. Подобная дисциплина мышления может не только лишить образ оригинальности, но и подменить связь реальных событий логикой выученных закономерностей, которые сформировали более или менее

устойчивые шаблоны мышления.

Иллюзии воспоминаний нередко связаны с характером человека, его индивидуальностью, его неспособностью обуздать воображение рассудком. Такие люди по своим психическим характеристикам часто относятся к истерическому складу с присущей ему постоянной экзальтацией, стремлением играть роли и непроизвольно становиться заложником собственной фантазии. Но иногда воображение предстает вне каких-либо определенных дефектов характера в форме, образно говоря, свободно плавающей лживости. Люди из-за недостаточной критичности мышления нередко верят в свои выдумки, производя на окружающих впечатление неисправимых лгунов. Зачастую они сами не могут отличить правду от вымысла, тогда как нормальный человек, если хочет или вынужден обманывать, ни на минуту не забывает, зачем он это делает. Ранее в названных ситуациях употреблялся термин «патологические лгуны», а признак аномальности усматривался в абсолютной бесцельности лжи при стопроцентной вероятности разоблачения.

Весьма нередко иллюзии памяти встречаются при ослаблении психики старостью, сосудистыми заболевания мозга, его травмами, когда они тесно взаимосвязаны с забывчивостью, или, по словам видного русского психиатра С. С. Корсакова, «неспособностью воспоминания по собственному произволу». Речь идет главным образом о событиях текущего потока впечатлений и возникающих на их основе представлений. При этом свободный ход ассоциаций может быть даже активнее обычного, и человек производит впечатление болтливого, озвучивая всплывающие переживания далекого прошлого. Люди с пораженным мозгом не утрачивают навыков воспоминаний (реминисценции) и стараются воспроизвести события, участниками которых они были недавно, но, будучи не в силах восстановить факты, мобилизуют воображение для сохранения логичности своего изложения и адекватности поведения. Такие ложные воспоминания «на пустом месте» получили название конфабуляции. Какое-то время они позволяют восполнять бреши, но затем сами исчезают из памяти, и человек теряется в догадках, что он говорил по поводу событий, о которых забыл.

Иллюзии воображения относятся к весьма распространенным признакам психических заболеваний. Возникая под влиянием или в структуре расстройств мышления, они придают воспоминаниям иное освещение. Больной начинает по-новому понимать происходившее с ним, «догадывается» об особом значении ранее опущенных вниманием деталей, иначе воспринимает значение событий, предает забвению многое из

того, что было объективной реальностью. В психиатрии есть даже термин «бред воображения», которым обозначается изменение ретроспекций в свете патологии мышления. Пример такого рода расстройств дает повесть Н. В. Гоголя «Записки сумасшедшего», герой которой, мелкий чиновник, переосмысляет отношение к нему людей, обнаружив «несомненные» признаки того, что он является наследником испанского престола. Причем такого рода «открытия» совсем необязательно сопровождаются соответствующими притязаниями. Внешне благодаря двойной ориентировке человек сохраняет привычно ничтожный образ жизни, понимая «про себя» открывшееся ему значение прошлого, и если у окружающих недостает проницательности распознать смысл его намеков, истинные мотивы неадекватного поведения могут так и остаться нераскрытыми.

Напомним, что именно память является главным источником доказательств при осуществлении правосудия. Показания очевидцев в уголовном процессе используются гораздо чаще, чем криминалистические факты, а в гражданском – играют заметную роль, когда предметом иска выступает не документ, а человеческий фактор. И если в нашей книге (как и в других работах подобного рода) вопросы отражения освещены довольно скромно (по объему материала), это означает лишь то, что законодатель действительно обходится сравнительно простыми критериями для оценки юридически значимых отклонений в данных сферах психической деятельности. Для решения вопроса по существу суду необходимо лишь установить, когда и в какой мере зависимость человека от воображения (причина добросовестных заблуждений) связана со складом личности (незрелость, аномальность, старость), а когда есть основания считать неспособность адекватно воспринимать окружающее и воспроизводить воспринятое следствием психических расстройств.

И наконец, коснемся той стороны памяти, которая сохраняет впечатления не от внешних, а от личностных переживаний. Ведь если в первом случае поток информации идет из окружающей среды в мир воображения, возвращаясь оттуда в более или менее искаженном виде из-за дефектов узнавания или расстройств *припоминания*, то во втором все начинается и заканчивается исключительно в сфере воображения. Так что способ накопления жизненного опыта здесь должен чем-то отличаться от взаимодействия с окружающей средой.

Что мы запоминаем о движениях собственной души? Как храним эти впечатления? Каким образом вспоминаем? Указанные процессы пока не поддаются психологическому тестированию (в

отличие от памяти внешних событий), а потому нам приходится ориентироваться здесь лишь на эмпирические знания, полученные методом психоанализа, что пока служит единственным методом проникновения в экзистенциальную сущность памяти.

Как в свое время заметил З. Фрейд, навязчивые страхи и необычные побуждения, которые люди не хотят признавать нормальными явлениями психической жизни, отличаются тем, что человек усилием разума не может восстановить (и объяснить) связь между своим переживанием и теми впечатлениями, которые наполняют «живым чувством», казалось бы, бесцельные и бессмысленнее стремления (кстати, весьма нередко общественно небезопасные). Объясняя этот феномен, он пришел к выводу, что личность как таковая состоит из нескольких *Я*, конфликтующих между собой. Одним из способов их борьбы выступает механизм вытеснения воспоминаний в подсознание.

Э. Кречмер, иллюстрируя приведенные общие соображения клиническими описаниями, убедительно показал, что человек редко чувствует себя «целостной индивидуальностью». А. Л. Фестингер конкретизировал представления о способах сосуществования *Я* в личности человека с помощью концепции «когнитивного диссонанса».

Мы привели взгляды трех известнейших ученых, которые на протяжении XX в. последовательно развивали идею экзистенциальной противоречивости личности, чем задали вектор дальнейшему развитию мысли, который намерены использовать в своем изложении, исходя из фактов, известных каждому юристу: а) многие люди не помнят своих переживаний при совершении предосудительных поступков; б) достаточно часто человек «не узнает себя», действуя под влиянием нелепых (как понимает потом) подозрений, страхов, обид; в) соглашаясь мысленно, так как память внешних событий не изменена, с тем, что нечто сделал именно он, человек редко берет на себя моральную ответственность за деяние, если поступился своими принципами («бес попутал»).

По-видимому, дело в том, что принципы, убеждения, идеалы, которые черпает личность из нравственного опыта человечества, по своей сути есть образования искусственные, идеальные. Следовать им приходится, постоянно сталкиваясь с соблазнами инстинктов и угрозами социальной реальности. Сохранять верность себе – задача нелегкая, и решается она не столько праведной жизнью, сколько умением личности сохранять свое достоинство, отсекая воспоминания о поступках и намерениях, бросающих тень на ее репутацию: «Это было не со мной». З.

Фрейд описал несколько способов такого «вытеснения», спасающих принципы от перерождения в «наглость обесчещенного».

Вместе с тем впечатления, угрожающие «признанием своей никчемности», будучи вытеснены из актуального *Я* в иные *Я*, не просто забываются, как алгебра после школы. Они продолжают жить в своеобразно законсервированной форме, не развиваясь вместе с личностью, а лишь питая настроение тревогами и опасениями, истоки которых со временем все менее понятны самому человеку. Если же они «всплывают» из подсознания в форме конкретного переживания (например, в виде ревности у взрослого, который был в детстве жертвой родительского деспотизма), то поражают окружающих примитивной архаичностью мышления, детской наивностью подозрений, внушаемостью, явно контрастирующими с сегодняшним обликом умного и волевого мужчины (родительский деспотизм у девочек вызывает иные комплексы).

Экзистенциальная память с ее способностью поддерживать инстинкт самосохранения личности скрыта от непосредственного наблюдения в недрах так называемой «глубинной психологии», чьи феномены трудно использовать в качестве доказательств по делу. Но для понимании мотивообразующих переживаний (особенно при отсутствии внешних поводов общественно опасного поведения) присущие ей закономерности имеют исключительное значение.

4. О мышлении

«Сделка, совершенная гражданином, хотя и дееспособным, но находившимся в момент ее совершения в таком состоянии, когда он не был способен ***понимать*** *значение своих действий… может быть признана судом недействительной»* (ст. 177 ГК).

«Гражданин, который вследствие психического расстройства не может ***понимать*** *значения своих действий… может быть признан судом недееспособным»* (ст. 29 ГК).

Активнее всего психопатология вмешивается во внутренний мир человека, расстраивая мышление со свойственным ему понятийным представлением о предметах и явлениях окружающего мира. Недаром официальный язык законодательства прежде использовал такие термины, как «сумасшествие», «помешательство», «безумие», да и современные кодексы делают акцент именно на способности понимать значение своих действий. Это правильно, ибо разум и рассудок лежат в основе цивилизации, вне которой душевных болезней пока не обнаружено.

Мышление возникает и развивается на базе практической деятельности. Процесс его развития подразделяется на три этапа, соответственно которым выделяются его виды.

Наглядно-действенное мышление наиболее отчетливо представлено у ребенка, который ищет выход из проблемной ситуации не внутренними, умственными усилиями, а физическими действиями. Ощупывая предметы, играя ими, он постепенно составляет образы, из которых в последующем формируются понятия. По мере взросления этот вид осмысления уступает место более совершенным способам познания мира, не требующим конкретно-чувственного манипулирования предметами, однако сам описанный способ остается в арсенале мышления и может составлять основу так называемого практического ума.

Наглядно-образное мышление позволяет уловить смысл и значение предметов и отношений в целом. Оно манипулирует комплексами впечатлений, которые извлекает из памяти при совпадении какой-то стороны или качества воспринимаемого предмета с представлением о нем. Наглядно мыслящий человек не раскладывает по полочкам, не классифицирует свои наблюдения, а удовлетворяется намеком на знакомые обстоятельства, предоставляя воображению дорисовку недостающих деталей. Образное мышление постоянно требует чувственного подкрепления слов и понятий. Например, дети не

любят анкет и опросников и предпочитают, чтобы вопросы и ответы принадлежали какому-нибудь персонажу, а они бы включались во взаимодействие с ним.

Отвлеченное (теоретическое) мышление оценивается как показатель общей культуры и степени развития. Оно способно ассоциировать понятия одновременно и в плоскости чувственных представлений (соответственно взаимосвязи их носителей в природе), и в свете отчужденных от реальности законов науки и цивилизации. Обладая отвлеченным мышлением, человек без труда может разделить целое на части и ассоциировать последние в новой комбинации, другими словами, на основе имеющегося знания создавать новое. Способность отвлечься от свойств и качеств предмета для выделения присущего им общего признака называется абстракцией, а мышление – абстрактным.

Виды мышления развиваются в процессе обучения и совершенствуются по ходу преобразовательной деятельности, составляя основу качеств ума. Глубина ума, развитые аналитические способности позволяют из многообразия впечатлений выделять сущность событий. Широта ума выражается в умении взглянуть на конкретное явление с общей точки зрения, определить его место в ряду аналогичных и подобных явлений. Гибкость ума дает возможность избегать шаблонов, отказываться от стереотипных подходов к решению проблем, менять манеру поведения в зависимости от обстоятельств. Критичность ума состоит в способности соотносить свои мысли с общими требованиями, видеть собственные ошибки и менять суждения в соответствии с накопленным опытом.

Качества ума в сочетании с инициативностью познающей воли, быстротой мыслительных процессов, активностью в поисках нового, умением увидеть проблему и найти пути ее решения составляют основу интеллектуальных возможностей человека. Интеллект суть способность применять знания на практике. Этим понятием обозначают адаптационные возможности быстро и целесообразно реагировать на новую ситуацию.

Лица с врожденной слабостью ума имеют своеобразную ментальность. Те, у кого преобладает наглядно-действенный вид мышления, чаще всего бывают недостаточно критичны к своему пониманию окружающего, их ум страдает отсутствием гибкости. Основные понятия о содержании межличностных отношений совпадают с представлениями о поощрении и наказании; затруднено предвидение последствий своих поступков; слабое развитие отвлеченного мышления не создает ясной перспективы во времени. Действия таких людей отличаются простотой

замысла и примитивностью исполнения. Им трудно прогнозировать поведение окружающих, поскольку для этого необходимо отвлечься от конкретных впечатлений жизни. Дети такого склада, как правило, обучаются в образовательных учреждениях для слаборазвитых учеников, нуждающихся в специальных педагогических подходах.

Невысокий уровень интеллекта в сочетании с наглядно-образным мышлением приводит к сильному влиянию на внутренний мир человека фантазии. Недостаточная глубина ума, конкретность понятий и подвижность ассоциаций порождают склонность принимать воображаемое за действительное. Таких людей часто называют пустыми фантазерами. Их мышление оперирует, как воображение, образами, а результаты предполагаемой деятельности имеют форму ярких представлений.

У них часто возникают иллюзии памяти с присущими воображению агглютинацией (мифологическое «склеивание» разных явлений в одном образе) и гиперболизацией (суждение о предмете по отдельной черте, которой придается неадекватно большое значение). Историки давно обратили внимание на то, что искренние сторонники самозванцев, в отличие от корыстных последователей, заблуждаются не оттого, что не в состоянии отличить царя от мужика, а потому, что сложившийся у них образ удовлетворяется двумя-тремя деталями, тогда как остальное попросту выпадает из поля зрения.

Существует и вариант сочетания низкого интеллекта с отвлеченным мышлением, которое известный русский психолог А. Ф. Лазурский называл резонерским. Для личности с таким складом ума характерна склонность постоянно рассуждать о мотивах своего и чужого поведения. Однако «обладая необходимым развитием мышления, эти люди медленно и туго соображают и недостаточно осмысливают, из-за чего лишены возможности самостоятельно относиться к явлениям окружающей жизни, по-своему их передумывать и истолковывать. В интеллигентном обществе такие неумные резонеры бывают обыкновенно оценены по достоинству, в среде же невежественной, малокультурной они нередко слывут за умных людей, в особенности если общественное положение возвышает их над другими». Подобная глупость не попадает в число объектов судебной психиатрии, но в общей палитре вариантов интеллектуальной недостаточности занимает вполне определенное место.

Утрата ума, или **деменция**, имеет свои закономерности деградации интеллекта. Она наступает в результате мозговых

деструкций на почве старости, склероза, травм, опухоли мозга, сифилиса, алкоголизма и др. Для подобного человека характерен регресс к простым способам осмысления реальности. Ему становится все труднее абстрагироваться от конкретных впечатлений, движение мысли в форме понятий вызывает утомление, и он соскальзывает к более примитивным видам наглядно-образного и наглядно-действенного мышления. Внешне перестановка акцентов поначалу кажется легкомыслием или признаком астенического истощения. Ухудшение состояния продолжает примитивизировать кругозор. Широта мышления исчезает; человек перестает распознавать в явлениях жизни тонкие грани; эстетические, нравственные черты пропадают из поля зрения, оставляя лишь утилитарный каркас события.

Образно говоря, впадая в детство, больной идет обратной дорогой интеллектуального развития. Сначала он проходит стадию подростковой порывистости, импульсивности ассоциаций, когда логика отходит на второй план, а ведущей силой в расстановке представлений является эмотивность. Затем превращается в односторонне мыслящего отрока с присущей этому возрасту некритичной узостью ума. И далее, если процесс будет продолжаться, наступает утрата способности распознавать истинное назначение предметов и отношений. Например, слабоумные старики, занимающиеся развратными действиями в отношении малолетних, нередко бывают не в состоянии отделить половую привлекательность объекта от представления о ребенке с вытекающими из него обязанностями взрослого человека (видят женщину, не замечая ребенка). Дальнейшее «запустевание» интеллекта может оставить человеку лишь память привычек, сохраняющих стереотипы самого примитивного поведения.

Клинический путь деменции может быть очень коротким (от примитивного интеллекта быстрыми темпами до глубокого слабоумия) под влиянием тяжелой болезни или довольно длинным (с вершин мощного интеллекта) под воздействием медленно текущей патологии. В последнем случае человек долго сохраняет социальную активность и бывает в состоянии влиять на ход событий в зависимости от своего общественного статуса. Тягостным свидетельством разрушения одного из величайших литературных интеллектов является история болезни Г. де Мопассана, заканчивающаяся словами «господин Мопассан превратился в животное».

Расстройства ассоциативного процесса возникают в двух вариантах: изменение скорости мыслительного процесса и связность потока представлений.

В обыденной жизни темп течения ассоциаций задан от

рождения и не подчиняется усилию воли. Человек не может заставить себя мыслить быстрее или медленнее, не изменив внутренней среды организма, например приемом алкоголя. В остальном же максимум, на что он способен, это сконцентрировать внимание и не отвлекаться от поставленной задачи.

В психопатологии изменение темпа ассоциаций встречается в связи с болезненными процессами в сфере эмоций. Так, человек, находящийся в подавленном состоянии духа, медленно переходит от одной мысли к другой. Его ассоциации группируются вокруг доминирующей идеи, например виновности перед своими близкими.

При болезнях, которым свойственна эмоциональная экзальтация, темп течения ассоциаций увеличивается. Прежние тугодумы или ничем не примечательные в интеллектуальном отношении люди испытывают наплыв мыслей, оказываются способными на быстрые отвлечения, отдаленные абстракции, нередко удивляя окружающих своим порывом к возвышенным целям. Однако по прошествии некоторого времени продуктивный период возбуждения мысли заканчивается и уступает место болезненной «скачке идей». Ассоциации, не выдерживая скорости течения, рвутся на куски и фрагменты умозаключений. Логика сменяется хаотичным скоплением представлений, несущихся в потоке сознания. Речь превращается в набор бессвязных фраз.

Связность ассоциаций при сохранении нормального для человека темпа их течения в обычной жизни зависит от дисциплины мышления. Дети никогда не говорят связно, если их специально не обучать этому, да и в более зрелом возрасте «рассеянно мыслящих» людей гораздо больше, чем способных логично и последовательно развивать свои идеи.

А. Ф. Кони предупреждал своих коллег о необходимости большого терпения и самообладания, а в какой-то мере навыка и искусства направлять показания свидетеля, не смущая его при этом и не теряя главной мысли. «Мысль никогда не движется по прямой дороге, а заходит в тупики и закоулки, цепляясь за второстепенные данные, иногда вовсе не имеющие отношения к предмету, на который первоначально было направлено внимание».

Как признак болезни расстройство связности ассоциаций дает о себе знать разрывом связей между фрагментами мышления, «внутри себя», казалось бы, логичными. Объяснить это явление с помощью литературной речи весьма затруднительно, поэтому мы приводим в качестве иллюстрации отрывок из письма больной лечащему врачу.

«Я болею с 16 августа 1966 г., это везде, всегда, при приеме таблеток и без приема. Мне нисколько не трудно было перевести стрелки будильника под подушкой и пожить одной. Я даже в туалет среди ночи сходила, когда жила в общежитии, но так стукнула потом дверью, что сразу появились голоса в коридоре (вахтер пошла, ругаясь, в глубь коридора, и голосов не стало). У меня в то время внешней информации в общежитии не было. Ощущения у меня всегда разные, не все время. Хотя я всегда спокойна, пока у меня в жизни не будет все чисто: стены, бумага, чистое голубое небо, чистые облака. Зрение, как вы меня проверяли, 1 на оба глаза. Я вижу ясно последнюю строку. Я лаборант. Я гипнозов не выдумывала. Я палец о палец не колону, чтобы мне отчитываться и уйти самой. Здоровье мне дороже, чем придуманный гипноз. Да и шпионов я в Трошине и Алмазове не вижу. Они не шпионы, как о них думают другие. Пусть лечат больных…».

И так на протяжении 12 страниц убористого текста. Но даже из приведенного отрывка видно, как мысль, начав развиваться, соскальзывает на другую ассоциацию, а больная продолжает рассуждать, не замечая ошибки, что делает текст в целом совершенно бессвязным. Этот феномен в психопатологии получил название «разорванность мышления».

Психопатология заблуждений – самый важный раздел из расстройств мышления. На этой почве возникает большинство конфликтов между больными людьми и обществом. И хотя пребывать в заблуждении – естественное состояние человека, тем не менее, есть границы, за которыми индивидуальное своеобразие суждений, присущее личности, сменяется болезненным способом установления ассоциаций при котором человек решительно отказывается от любой попытки искать основания того, что кажется ему очевидным.

Крайние формы некритичности мышления с узкой ориентацией на доминирующую идею ведут к своеобразной деформации ассоциативного процесса. Все, что относится к сверхценной идее, начинает ассоциироваться с преимущественным использованием образного мышления, когда сознание поворачивает любые события, имеющие к ней (идее) отношение, только подтверждающей стороной. Вокруг нее возникает своеобразная ассоциативная ниша, внутри которой действуют примитивные (архаичные) способы мышления со свойственными им качествами: отрицанием возможности случайных совпадений (жесткий детерминизм); тенденцией

оперировать цельными образами, возникающими сразу по отдельной черте (магичность); склонностью подменять практический анализ верой (мифологичность); чрезвычайной устойчивостью предрассудков (ригидность). В остальном образованный и хорошо воспитанный человек сохраняет логичность поступков, широту ума, его гибкость и критичность, что создает у окружающих, не соприкасающихся с его сверхценной идеей, иллюзию полной психической адекватности. И лишь близкие люди или врачи в состоянии оценить всю глубину этого частичного поражения мышления.

Типичным примером сверхценных идей служит ревность, когда речь идет не об элементарной подозрительности, а об изменениях способа понимания своей роли в супружеских отношениях. Будучи с любой другой стороны вполне адаптированным человеком, ревнивец очень своеобразно переживает свою проблему. Обычно партнер, на которого направлены подозрения, пытается объяснить окружающим, как глубоко регрессировало мышление его супруга, как воображение у последнего явно оттесняет реальность, что достаточно малейшего повода, чтобы запустить весь стереотип ревнивого поведения, что сгладить конфликт можно только методом отвлечения внимания, что человек активно ищет повода попереживать на этой почве, не пытаясь сопоставить реальные факты, а напротив, отгораживаясь от них, испытывая после эксцесса какое-то странное удовлетворение. Однако встретить сочувствие и понимание почти никогда не удается, настолько описанный портрет не соответствует оригиналу, который окружающие видят перед собой на работе, в дружеском общении и т. п.

Впрочем, справедливости ради заметим, что и сами объекты ревности склонны относиться к психическим особенностям своего супруга как к чему-то временному, случайному. Негласное психиатрическое правило свидетельствует, что жены ревнивцев никогда не слушают здравых советов. И в чем-то они правы, так как ревность в ее сверхценном варианте действительно не затрагивает фундамента души. Она – сугубо конкретное переживание, которое при исчезновении объекта ревности из поля зрения перестает доминировать в воспоминаниях и довольно быстро забывается.

Чем примитивнее структура личности и менее развит интеллект, тем больше риск распространения сверхценной идеи на характер в целом: она становится стержнем переживаний и способна определять стиль поведения. Такая генерализация идеи влечет за собой достаточно заметные нарушения средовой

адаптации в широком диапазоне.

По терминологии старых авторов, лица, готовые перестроить всю свою жизнь в стремлении к борьбе за справедливость, как они ее понимают, заваливающие инстанции многочисленными жалобами на незначительные упущения, собирающиеся до конца сражаться за исход множества мелких дел, к которым они стараются быть причастными, именуются «сутягами» или «кверулянтами».

Лица, фанатично стремящиеся найти решение проблем науки, техники, искусства или политики (порою самым примитивным образом), имеющие недостаточное образование и не способные с помощью природного интеллекта продвинуться дальше азбучных истин, вынуждают своей активностью говорить о сверхценных идеях изобретательства или реформаторства.

В некоторых случаях неудержимое стремление человека доказать наличие у него болезни, на самом деле не имеющей места, превращает его в пациента многочисленных больниц и посетителя множества лабораторий, а то и вовсе делает инвалидом, когда эта ипохондрическая идея начинает соответствовать термину «сверхценная».

Перечисленные случаи располагаются на границе психологии и психопатологии в зависимости от степени реальной дезадаптации и критичности ума, однако в любом случае они не дают повода и не являются достаточным основанием для социальных ограничений и применения мощных лекарственных средств психиатрической терапии, не говоря уже о шоковых методах лечения, которые показаны при душевных заболеваниях.

Бредовые идеи представляют собой не крайние варианты обычного ассоциативного процесса, а качественно новые способы существования мысли, при которых энергичное психиатрическое вмешательство не только уместно, но и совершенно необходимо. Однако распознать бред, отличить его от заблуждений другого рода, когда слова и мысли внешне почти не отличаются, – задача не из легких, особенно в случаях, требующих решения вопроса о недобровольном оказании психиатрической помощи.

В своем типичном варианте *бред – это наитие, откровение, догадка, возникающие вне связи с предшествующим опытом личности и реальной социальной ситуацией*. Лежащие в его основе ассоциации возникают в мозгу в результате биохимических изменений, соединяющих представления (как сферы, зоны или очаги нервного возбуждения) таким способом, который зависит от появления химически активных веществ в ненадлежащем месте.

Человек более или менее неожиданно для себя обнаруживает,

что является объектом слежки, сговора о нанесении ему ущерба, повышенного внимания в связи с высоким происхождением, гипнотического воздействия и т. д. Чаще всего такому «прояснению» в мыслях предшествует период предбредового настроения, когда больной начинает ощущать очень своеобразное чувство потери нейтральности социального фона, с одной стороны, и своеобразной открытости своего внутреннего мира для окружающих – с другой. События, обычно скользящие мимо внимания, наполняются скрытым, причем угрожающим смыслом. Личность реагирует поначалу вполне естественно, т. е. пытается найти тревоге сколько-нибудь рациональное обоснование. Какое-то время здоровое и болезненное начала находятся в равновесии. Это может создать у неискушенного человека иллюзию, что бредовое заблуждение – просто реакция на тревогу. На самом деле, вникнув в обстоятельства и оценив ход мысли, нетрудно заметить, что к своему бредовому убеждению человек не приходит путем логических операций, а просто период сомнений внезапно заканчивается неким «откровением», после которого для больного все становится «на свои места». Происходит, говоря языком психиатрической терминологии, «кристаллизация бреда».

Переход ощущения недоброжелательного внимания в бред можно проиллюстрировать незамысловатым случаем из практики.

Лето. Жара. Народу на улице немного. Навстречу психиатру (в данном случае – обычному прохожему) движется мужчина средних лет, одетый не по сезону в темный теплый костюм, выдающий в нем приезжего из более холодных краев. Встретив внимательный и доброжелательно-уверенный взгляд врача, мужчина устремляется к нему с выражением беспокойства на лице.

– Можно вас на минуту?

– Пожалуйста.

– Посмотрите мне на спину, там ничего такого нет?

– А в чем дело?

– Все оглядываются, смеются за спиной, поначалу думал, наверно, что-то на пиджаке, а теперь замечаю, вроде сговариваются между собой.

– Давно приехали с Севера?

– Вчера, но неделю не мог выехать, билетов не было.

– Пили?

– Естественно.

– Давно не спите?

– Третью ночь, хоть глаз выколи.

– Пойдемте, я вас провожу туда, где вас хорошенько

осмотрят и все объяснят толково (станция «скорой помощи» была в двух кварталах).

Иногда бредовые переживания определяют весь стиль поведения и, можно сказать, лежат на поверхности. Они (особенно в сопровождении страха) бывают заметны при простом умении вслушиваться в слова человека и вдумываться в его намерения. Таков бред преследования, когда больному кажется, будто все сговорились и готовятся расправиться с ним, о чем «свидетельствуют», например, сигналы автомобильных клаксонов, телефонные звонки, доносящиеся из соседней квартиры, и т. п. Бред физического воздействия нередко может служить живой иллюстрацией специфики болезненного умозаключения, которое, как известно, не требует ни подтверждения, ни обоснования.

Например, *старушка приходит жаловаться на своих соседей по коммунальной квартире, которые хотят ее извести, чему она находит множество доказательств, в частности замечает, что вкус ее чая изменился, стал жгучим. У загруженного делами следователя может не хватить терпения выслушать заявительницу до конца, и его фантазия добавит недостающие детали, как если бы он сам был на месте злоумышленников. Он совершит много профессионально ошибочных действий, пока не догадается задать элементарный вопрос: что будет, если заменить воду в чайнике? И может получить обескураживающий ответ: толку в этом нет, так как вода из крана течет уже «отравленная».*

Такие варианты бредового мышления, вплетающие действительность в болезненные ассоциации, получили название *параноидных.*

В ином варианте бред существует как бы параллельно действительности, когда воображением создается автономно существующий внутренний мир, не меняющий реального поведения столь откровенно. Больной считает себя историческим лицом, носителем потусторонней воли, мессией, но болезненные ассоциации, возникнувшие в воображении, туда же и возвращаются, не сцепляясь с повседневными впечатлениями. Разве что иногда, при обострении состояния или профессионально грамотно построенной беседе проблески болезненных переживаний ясно обозначают истинный характер целеполагающих ассоциаций.

Для иллюстрации сказанного возьмем пример из области искусства, где художественный образ точно соответствует

клинической картине. Речь идет о фильме «Цареубийца», главный герой которого, пациент психиатрической больницы, считает себя Я. Юровским, исполнителем расстрела семьи Романовых. Диалог врача с пациентом выглядит примерно так.

– Как самочувствие?

– Спасибо, все нормально.

– Как прикажете к вам обращаться?

– Ну что вы, доктор, на самом деле. У меня уже давным-давно никаких неправильных мыслей нет. Вы лучше обратите внимание на нового врача (тот решил для провокации назвать себя Николаем II). Вот у него, мне кажется, не все в порядке с психикой.

– И никто к вам не является больше?

– Никто.

– Может быть, хотите в другую больницу, где режим помягче, да и выписаться больше перспектив?

– Нет, спасибо, я здесь привык за двадцать лет. Все нормально.

– Ну, идите.

– Только имейте в виду, доктор, девочку мы не трогали.

(Согласно бредовой версии около расположения конвойной части, охранявшей царскую семью, потерялась тринадцатилетняя девочка, ходившая мимо в церковь. Факт исторически не подтвержден.)

Такой вариант бреда, инкапсулированного в воображении, получил название *парафренного*. Нередко больные с этой патологией бывают вполне адаптированы в условиях психиатрической больницы, дома инвалидов и даже в своеобразной атмосфере отношений мест лишения свободы – везде, где для собственной инициативы почти нет пространства, а круг повседневных обязанностей прост и не допускает отклонений.

У неподготовленных людей может возникнуть иллюзия выздоровления пациента, однако стоит его выписать, как, очутившись без внешнего контроля в равнодушной социальной среде, он тотчас дезадаптируется и вскоре окажется в обществе социально запущенных элементов, ведущих примитивный образ жизни, а то и вовсе станет жертвой уличной стихии.

Описанные варианты бредовых изменений мышления, когда личность существует в двух ипостасях, обычно не вызывают проблем и затруднений с юридической точки зрения. Ясно, что человек с «расколотым» *Я* не может рассматриваться как субъект

проявления свободной воли, даже если его рациональное начало позволяет более или менее целесообразно ориентироваться в обстановке.

Третий вариант переживаний, получивший название *параноильного* бреда, в корне отличается от первых двух, а потому появление этого термина в медицинских документах, используемых судом в качестве доказательств и аргументов по делу, должно насторожить юриста. Здесь он не может однозначно положиться на врачебное заключение и обязан составить собственное мнение по существу вопроса.

В данном случае речь идет не о иной роли в окружающем мире, а об одностороннем заострении мотивообразования, резком сужении критичности мышления, когда сами по себе отдельные мыслительные операции не нарушены, но окончательные выводы оказываются неадекватными как обстановке жизни, так и собственным интересам человека. Образно говоря, патология смещается в личностные структуры, не раскалывая, а переориентируя *Я*. При этом, как указывают А. А. Портнов и Д. Д. Федотов, авторы популярного отечественного учебника по психиатрии, больной не фигурирует в своих переживаниях в качестве страдающей стороны, он убежден в собственном превосходстве, энергичен и настойчив в реализации своих идей. Его отличает крайняя застойность (ригидность) мышления, зацикленного на довольно узком круге идей. Это напоминает сверхценное мотивообразование, но с одной дополнительной чертой, вынуждающей психиатров классифицировать данное явление в ряду психопатологических феноменов.

Поиск истинного смысла отношений сменяется сильнейшей подозрительностью, которая занимает слишком много места во внутреннем мире человека, определяет его ментальность. Больному бывает достаточно «намека» со стороны ничего не подозревающего человека, чтобы тот был причислен к когорте недоброжелателей, завистников, преследователей, против которых параноик бестрепетно выступает в роли «преследуемого преследователя».

Корифеи прошлого, описывая параноильные расстройства мышления, по привычке пользовались литературным языком образных сравнений, не стесняясь в выражениях для описания еще расплывчатых представлений. В частности, по их словам, особенностью такого рода психического заболевания при сохранении формальной логики бывает потеря «смысла» индивидуального бытия, утрата человеком социально приемлемых и лично рациональных «целей» психической активности. В XIX в. эти формулировки не вызывали особого

резонанса, но дальнейшее присутствие в психиатрической лексике таких категорий, как «смысл» и «цель», привело к результатам, сомнительным с любой точки зрения.

Во-первых, в официальной практике закрепились такие понятия, как бред *реформаторства* (стремление пересмотреть основополагающие идеи существующей государственности), *изобретательства* (пробивающего дорогу банальным мыслям), *сутяжничества* (как форма борьбы с бюрократизмом). Естественно, что за терминами последовали и вполне определенные обязанности психиатрической службы по обеспечению нормальной работы государственных служащих.

Во-вторых, врачи, взявшие на себя обязанность влиять на личность до того, как появились основания к фармакологическому вмешательству, невольно переняли установки пенитенциарной системы.

В-третьих, неуместное вмешательство в частную жизнь человека (пусть даже не совсем гармоничную, но не потерявшую внутреннего единства) методами психиатрического ограничения социальных перспектив стоило жизни многим врачам, в том числе выдающимся представителям своей профессии, с помощью которых администрация старалась переубедить параноальных субъектов или заставить их не надоедать своими пустыми изобретениями, жалобами на попрание справедливости без достаточных оснований, выступлениями с нелепыми идеями политического реформаторства и т. д.

* * *

Суммируя сказанное, признаем, что термин «неспособность понимать значение своих действий» охватывает по меньшей мере три вполне самостоятельных явления: ***недостаток интеллекта, архаичность мышления и бред как суждение, оторванное от личного и личностного опыта***. Подвести под них общий знаменатель пытались неоднократно, но без успеха. В частности, было отмечено сходство болезненного (аутистического) и примитивного (архаического) мышления по признаку примата воображения над логикой, но сходство, как известно, еще не тождество. У аналогичных по форме переживаний оказались разные причины. Недоразвитие и разрушение вообще бывают похожи своей функциональной недостаточностью, но этого мало.

Известный прогресс удалось достигнуть, когда по каждому из трех направлений были предприняты самостоятельные исследовательские усилия. Способность пользоваться знаниями

(интеллект) на сегодняшний день измеряют довольно точно с помощью надежной «батареи тестов», годных для разного возраста, где достаточно убедительно описаны и расстройства мышления, которые встречаются исключительно при душевных заболеваниях. Здесь юристы могут без колебаний доверять врачам, хотя, впрочем, у них нет иного выхода, так как люди с обычным складом психики не имеют соответствующих знаний и опыта, чтобы сравнить заключение врача со здравым смыслом.

Осталась без ясных критериев лишь оценка роли архаического мышления в мотивации поведения, когда приходится решать вопрос о недобровольной госпитализации, отказе в иске по мотивам его психопатологического обоснования или при определении ограниченной вменяемости у людей с сохранной личностью. Здесь суду необходимо сопоставлять данные о человеке с необычными, но все-таки в известной мере понятными и в чем-то знакомыми формами архаичного осмысления.

Локальный дефект мышления делает человека в общежитейском смысле чудаком, одержимым, фанатиком, заложником своих стремлений, как правило, либо вовсе бесполезных, либо не оправдывающих тех усилий, которые на них затрачиваются. Тем не менее, если он не выходит за рамки одностороннего толкования действительности, мобилизует реальный личный и личностный опыт, свободен от симптомов душевного заболевания (ощущения открытости мыслей, отчуждения свои психизмов, связи с галлюцинациями – симптомов первого ранга К. Шнейдера), оснований для использования государственного принуждения для защиты здоровья и в интересах общества все-таки не имеется.

Помнить об этом особенно необходимо в тех нередких случаях, когда работники администрации пытаются списать огрехи процедурного характера, с которыми обычные люди примиряются без сопротивления, на патологию мышления своих излишне въедливых клиентов. Здесь уместно напомнить слова византийского императора Зенона о недопустимости практики объявления своих оппонентов умалишенными. Скорее всего, и в те далекие времена речь шла о людях, похожих на современных носителей сверхценных идей и лиц паранойяльного склада.

5. О воле

«Лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в психиатрический стационар без его согласия… если… психическое расстройство является тяжелым и обусловливает… б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно ***удовлетворять*** *основные жизненные потребности»* (Закон о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании).

«Гражданин, который вследствие психического расстройства не может… руководить своими действиями, может быть признан судом недееспособным» (ст. 29 ГК).

«Сделка, совершенная гражданином, хотя и дееспособным, но находившимся в момент ее совершения в таком состоянии, когда он не был способен ***руководить*** *своими действиями… может быть судом признана недействительной»* (ст. 177 ГК).

Не подлежит уголовной ответственности лицо, которое не могло «в полной мере ***руководить*** *своими действиями вследствие отставания в психическом развитии» (ст.20 УК), «не могло* ***руководить*** *своими действиями вследствие хронического психического расстройства, временного психического расстройства, слабоумия или иного болезненного состояния психики»* (ст. 21 УК), *«деяние признается совершенным невиновно, если лицо… не могло* ***предотвратить*** *опасных последствий…»* (ст. 28 УК).

«Лишь постольку, поскольку я проявляю себя… я вступаю в сферу, подвластную законодателю, – писал К. Маркс в одной из своих ранних работ, – помимо своих действий я совершенно не существую для закона, совершенно не являюсь его объектом».

До последнего времени эта фраза звучала в отечественной юридической литературе как аксиома и исчерпывала обязанности правоохранительных органов относительно мотивов несостоявшегося поступка. Однако Закон о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании существенно расширил границы вмешательства суда в частную жизнь человека, обязав санкционировать недобровольное психиатрическое воздействие до наступления фактических последствий заболевания. Тем самым юридической мысли помимо реакций на деяния предписано углубиться в мотивы его формирования. К тому же в формулировке «в *случаях, когда пострадавший по состоянию здоровья… не может* ***отстаивать*** *в суде свои права и свободы, прокурор представляет и поддерживает иск в интересах пострадавших* лично» (ст. 27 Закона о прокуратуре РФ) явно выражена активная позиция социальной

защиты бездействующего по объективным причинам человека. Тем самым воля как объект юридической мысли делает еще один шаг от обобщающих понятий к естественно-научной трактовке феномена.

До последнего времени слово «воля» истолковывалось юристами если не как синоним, то как понятие, близкое по содержанию к термину «свобода». Человек волен поступать по собственному желанию в рамках закона. Высказав свою волю установленным образом, он берет на себя обязательства, которые вытекают из «свободного в своей основе деяния». Другими словами, воля есть реализация осознанного чувства в стремлении к осмысленному результату. Однако для доказательства участия реальной воли в конкретной ситуации столь общие взгляды не годятся. Нужны сравнительно простые характеристики «способности руководить своими действиями».

Начало волевого акта можно представить себе как ощущение недовольства настоящим состоянием, внутреннего дискомфорта, которое на языке психологии обозначают термином arousal (пробуждение). В литературе оно отражено прекрасной метафорой А. С. Пушкина: «…когда б не смутное томленье чего-то жаждущей души».

Осознание влечения, его «опредмечивание» формирует желание. Работа воображения превращает желание в намерение, которое может навсегда остаться в области фантазий, не получив реального воплощения, однако уже подразумевает постановку цели и направление мышления в его логической форме к оценке вероятности осуществления данной цели.

Дальнейшее усиление волевого потенциала ведет к формированию решения. Эта стадия протекает в борьбе между несколькими намерениями (борьба мотивов). Источники чувств, поддерживающих стремления, относятся к нравственным ориентациям личности. В столкновении стремлений жить реально и жить достойно и состоят, по сути, мотивообразующие силы, определяющие выбор линии поведения.

Ясное представление цели и понимание средств, ведущих к ее достижению, облегчает принятие решения. Одновременное присутствие взаимоисключающих намерений затягивает стадию борьбы мотивов и лишает уверенности в необходимости действовать вообще. Воплощение стремления в действие требует усилия воли, направленного на преодоление внешних и внутренних препятствий.

Слабовольному человеку свойственны недостаточная активность влечений, незавершенность намерений, колебания в выборе мотивов и пассивное отношение к затруднениям,

возникающим на пути исполнения решений. Быстрый переход к действию без учета его целесообразности называется импульсивностью, а иногда упрямством. Когда внешние обстоятельства имеют слишком большое влияние на выбор мотива и могут изменить решение по ходу его реализации, говорят о повышенной внушаемости. Ведущим волевым навыком личности является дисциплина, т. е. способность подчинять свои стремления интересам общества и руководствоваться в выборе решений соображениями долга.

Психопатология может вмешиваться в реализацию волевого процесса на разных стадиях. В частности, она иногда дает о себе знать общим снижением волевого потенциала или *апатичностью*.

Внешне напоминающая лень недостаточность энергетического потенциала воспринимается окружающими, как правило, настороженно. Им кажется, что на человека можно повлиять принуждением, страхом или соблазном, но когда все усилия «подхлестнуть» вялую волю только увеличивают стремление больного избежать активности любой ценой, настороженность сменяется разочарованием, не лишенным оттенка враждебности. Вместе с тем больные, не способные к потенциальной активности несмотря на сохранность психического отражения, воображения и сознания, заслуживают сочувствия не меньше других. Будучи предоставлены сами себе, они неизбежно опускаются в социальном, материальном и гигиеническом отношениях.

Образ жизни таких людей отличается от существования деградированных лиц, впавших в социальный паразитизм. Им не свойственны ленивая тупость чувств, жадность до удовольствий, сочетание праздности и корысти, мстительность. Нередко на фоне товарищей по социальному приюту или приемнику-распределителю их грамотная речь, сложность умозаключений и чувство собственного достоинства явно контрастируют с внешним обликом. Недаром в свое время известный отечественный психиатр П. Ф. Малкин заметил при клиническом разборе подобного случая: «Шизофреники – благородные люди» (речь шла именно об этом заболевании).

Гораздо более сложными выглядят переживания и поступки человека, психический недостаток которого состоит в одностороннем заострении влечений, неприемлемых личностью, – *извращенных влечений*, когда стремления явно противоречат ее нравственным установкам. Например, честный человек мучается желанием украсть ненужные ему по сути вещи (клептомания), нормально воспитанный член приличной семьи время от времени испытывает страсть к бесцельному

бродяжничеству (дромомания), добродушный по натуре субъект одержим стремлением к поджогам (пиромания), респектабельный гражданин, рискуя репутацией, не может удержаться от желания обнажить свои половые органы в присутствии женщин (эксгибиционизм), малопримечательного обывателя одолевает влечение мучить людей (садизм).

По своему содержанию перечисленные побуждения не болезненны. Более того, факты отклоняющегося поведения, считавшиеся раньше безусловными признаками аномалии (гомосексуализм, половое влечение к детям), получили неожиданный импульс к легализации в искусстве. Так что дело не в отклонении от общепринятых норм поведения. Речь должна идти об отношении человека к собственному влечению. Оно переживается личностью как нечто нежелательное, враждебное, но соблазнительное, несмотря на возмущение разума и сердца. Личность пытается вытеснить из воображения чуждые ей намерения сознательным усилием воли, но наталкивается на сопротивление. Возникает изматывающая силы борьба мотивов, на которую уходит все больше энергии, и в какой-то момент соблазн перевешивает страх и стыд.

Когда сопротивление личности преодолено и человек в поисках покоя идет на уступку извращению, возникает очень опасная ситуация. Нарушение норм (хорошо, если не закона) совершается человеком, не вызывающим подозрений, ибо никто не рискует делиться своими проблемами, если они самому противны. На откровенность можно рассчитывать позднее, когда человеку придется примириться со своим новым статусом, нравственными ориентациями и найти для себя оправдание. Деградация личности в таких случаях неизбежна. Раскаяние подобных людей всегда кажется убедительным, но оставляет серьезные сомнения относительно его искренности.

Психология (а в известной мере и психопатология) знает и иного рода состояния, когда влечение, не противоречащее личности, направлено на неприемлемые объекты. Обычный пример – вдруг возникающий позыв прыгнуть с балкона у человека, вышедшего подышать свежим воздухом. Для появления подобного влечения бывает достаточно сильного утомления и душевного перенапряжения. Гораздо реже встречается влечение к объектам, вызывающим в нормальном состоянии отвращение. И. П. Павлов объяснял такие контрасты парадоксальной реакцией нервной системы, истощенной или истощаемой по своему складу. Стимул вместо возбуждения вызывает торможение, и наоборот. В разделе, посвященном психопатиям, мы осветим этот вопрос более подробно.

В отличие от влечений, покушающихся на мотивы поведения, *навязчивости* только раздражают человека. Они всплывают в сознании помимо желания в самый неподходящий момент и вмешиваются в естественный ход психической жизни, как правило, некстати. Для их вытеснения приходится отвлекать внимание, не получая при этом никакого удовольствия. Ну что может быть хорошего, если человека преследует опасение брызнуть слюной в собеседника, если ощущение, что рукав запачкан пылью, требует немедленно почистить костюм, хотя это абсолютно неприлично в данной ситуации, если суеверная боязнь наступить на стык между каменными плитами при подходе к деловому дому лишает походку естественности, а настроение – уверенности? Вариантов такого рода переживаний, связанных с настоятельной потребностью делать абсолютно ненужные вещи, великое множество. Часто мы относимся к ним как к суевериям, заслуживающим разве что насмешливого снисхождения. Но иногда с ними приходится считаться всерьез.

Речь идет о состояниях, когда навязчивости стали привычками, которые человек не может нарушить без страха. Заложенная в их основу тревога представляет собой осколок пережитого, но не осмысленного поражения, впечатления от которого погрузились в подсознание на недосягаемую для самоанализа глубину. Они побуждают человека избегать ситуаций, «запускающих» привычное беспокойство, а в случае, когда такая ситуация возникла волей обстоятельств, – стремиться прочь, забывая порой о здравом смысле и элементарных приличиях.

Сами по себе мотивы, продиктованные навязчивостями, редко попадают в поле зрения юриста, так как доставляют страдания самим носителям патологии, не создавая предмета отношений, нуждающихся в правовом регулировании. Тем не менее, их не следует упускать из виду как вероятный источник недостаточно обоснованных поступков.

Реализация внутренних импульсов к действию вне личности относится к патологии психотического ранга. Здесь выделяются два варианта: психомоторное возбуждение и ступор (обездвиживание).

Возбужденного человека трудно удержать на месте, но если дать ему свободу действий, его поступки будут выглядеть хаотически (выкрики отдельных фраз, нанесение ударов окружающим, травмирование самого себя, попытки бежать и т. п.). Такая активность не вызывает у окружающих сомнений в ее болезненном происхождении и необходимости применения мер неотложной психиатрической помощи.

Ступор – застывание в однообразной позе – препятствует любой целенаправленной деятельности. Больной часами и днями лежит или сидит, не испытывая потребности изменить позу. Он принимает пищу с посторонней помощью, что иногда требует усилий со стороны персонала больницы, но если его оставить в покое – может умереть от голода. Например, когда ступор принимается за апатию или упрямство, а больного не находят нужным показать психиатру, проходят недели, пока истощение не станет катастрофическим и у окружающих не возникнет предположение, что отказ от пищи может быть признаком психического заболевания. Такие больные безусловно нуждаются в психиатрическом лечении в недобровольном порядке с использованием лечебных приемов, допускающих применение медицинского насилия.

Мы подробно остановились на патологии, проистекающей из внутренних побуждений, когда состояние центральной нервной системы, фенотипические особенности индивидуального склада или душевное заболевание являются источниками импульса к влечению или действию. Однако в общей характеристике воли есть еще и такая черта, как независимость волеизъявления от внешних обстоятельств.

Излишняя зависимость от среды обитания, склонность черпать мотивы поведения из обстоятельств, неуверенность в собственных устремлениях получили название **внушаемости**. С этим феноменом юристу приходится сталкиваться довольно часто, а потому остановимся на нем подробнее.

Прежде всего речь идет о пассивной готовности лиц, отличающихся слабостью интеллекта (недостаточно развитых, слабоумных от рождения, дементных), следовать социально отрицательным примерам. И это понятно, так как осознанная воля реализуется в осмысленной ситуации. Недаром человек инстинктивно старается держаться когнитивно освоенного пространства. Он избегает нового, как только содержание свежей информации выходит за приемлемые для него пределы, а изменившиеся условия жизни угрожают удалить его от освоенных стереотипов поведения и сложившихся отношений на опасную дистанцию.

Больным людям, умственные возможности которых недоразвиты или разрушены, приходится довольствоваться очень маленьким пространством когнитивно доступного. Их привычные стереотипы поведения замкнуты в узком кругу межличностных отношений, где индивидуальные различия распознаются по очень несложным показателям. Внутри этой среды, если подстроиться к ее языку, содержанию представлений и характеру ассоциаций,

можно наладить вполне конструктивные отношения. Так и бывает, когда социальная среда состоит из одинаково примитивных лиц. Например, непосвященный человек, зайдя во вспомогательную школу для умственно отсталых детей, видит отличия последних от обычных учеников разве что в лучшую сторону (на переменах нет привычного гвалта), пока не убедится, с каким трудом дается учащимся самая простая задача, с которой обычные дети справляются за несколько секунд.

К сожалению (для психиатров), став взрослыми, умственно ослабленные люди вынуждены жить в обычной социальной среде, где отсутствует должное к ним снисхождение. Особенно же драматична их судьба, когда они против воли оказываются вообще без какой-либо поддержки в незнакомой ситуации (например, будучи призваны в армию или помещены в места лишения свободы). Чувство растерянности от обыденнейших требований быстро переводит их мышление на магические способы понимания действительности. Человек попадает в сильную зависимость от конкретных людей, владеющих ситуацией, и ему остается лишь надеяться, что эта зависимость будет хоть в чем-то благожелательной. Чаще всего ему обеспечено положение помыкаемого с изрядной долей издевательств. Стоит взглянуть в глаза олигофрену, осужденному на второй срок лишения свободы, чтобы понять, какие мучения этот приговор добавляет к номинальному наказанию.

Внушаемость интеллектуально развитого человека бывает, как правило, частичной и связана с обостренным воображением в рамках психологии комплексно значимого переживания. Именно там гнездятся рудиментарные ассоциации, подверженные мистическому и магическому воздействию предрассудков.

Внушаемость может быть целенаправленно усилена методами воздействия, ориентированными на подсознание, типичным примером которых является гипноз. По своей физиологии это фазовое состояние центральной нервной системы, при котором возможность воспринимать окружающее частично сохраняется, но способность самостоятельно действовать либо исключается, либо резко ограничивается. Эффект внушения в состоянии гипнотического сна известен прежде всего по данным врачебных наблюдений, ибо до последних лет требовалось профессиональное лицензирование права заниматься такого рода практикой. Гипноз считался лечебной процедурой, по ходу которой врач помогал пациенту избавиться от опасений, страхов, навязчивостей. Злоупотребления беспомощным состоянием пациента время от времени привлекали внимание широкой общественности и правосудия наряду с иными формами

врачебных преступлений, однако это не выходило за рамки узкопрофессиональных проблем.

В настоящее время в общество хлынул поток методов «психотехники» самого сомнительного свойства. Психотерапевтическое знахарство и самодеятельность людей в манипулировании подсознанием вошли в моду и стали популярны. Нуждающиеся в помощи и просто любопытные граждане без опасений, очень уместных в этом случае, отдают себя в руки лиц, зачастую не обладающих ни профессиональной подготовкой, ни элементарной порядочностью. Естественно, что грань, за которой начинаются вредные последствия неосмысляемого внушения, стала преодолеваться порою незаметно ни для пациента, ни для его манипулятора, не говоря уже о случаях злонамеренного использования последним тех преимуществ, которые он на какое-то время получает.

В судах возросло количество дел о нанесении ущерба, когда человек находится в необычном состоянии сознания, лишающем его воли к сопротивлению. Чаще всего речь идет о простейшем удовлетворении похоти или элементарном вымогательстве, но иногда предмет судебного рассмотрения усложняется. Внушенные отклонения физического здоровья, психические расстройства вследствие неумелого манипулирования подсознанием и даже изменение установок личности в результате массированного и длительного использования механизмов медитации в религиозных целях ставят перед правосудием очень сложные в экспертном отношении задачи.

В отличие от психологии обвиняемых или ответчиков, где речь идет о таких понятиях, как свобода воли, реакция осознанной воли, разумное волеизъявление, в психологии потерпевших приходится считаться и с источниками неосознанных волевых побуждений, в частности иметь в виду возможность и реальность их существования.

Так называемая гипобулическая воля, по словам Э. Кречмера, – «мрачный двойник, который при необходимости жизненно важных решений отталкивает своего младшего брата (осознанную волю) и занимает его место», отличается тем, что ее источником выступают инстинкты; она пробуждается к действию передачей настроения, существует в формах ритуалов и привычек, окрашена чувством тревоги. Будучи вызвана искусственно, она не оставляет свидетельств своего движения, которые могли бы быть зафиксированы памятью и предъявлены правосудию. Суду приходится ориентироваться только на результат, а не на способ его достижения. Этого, как правило, бывает явно недостаточно для однозначного решения, тем более

что для использования внушения в интересах внушающего нужно хотя бы на первых шагах добровольное сотрудничество.

Жизнь и деятельность воли вне сознания – клинический факт психологии, ранее известный лишь узкому кругу специалистов, стал достоянием общественного бытия. Он вышел за пределы частной жизни конкретного человека и все решительнее заявляет о своем праве на существование в юридическом пространстве. С этим приходится считаться.

Реакции на внешние обстоятельства, с которыми осознанная воля «не может справиться», также могут выходить на грань психопатологии и приравниваться к болезненным состояниям.

Прежде всего, речь идет о **панике** в ответ на сигнал опасности. Обычно ее представляют в форме массовой реакции, когда на человека действует не только страх, но и пантомимика толпы. Однако и человек, изолированный от окружающих, может поддаться панике. Это выражается в редукции волевых механизмов поведения на уровень инстинктивных гипобулических способов реагирования: мнимой смерти, когда двигательная скованность заставляет отказываться от движения, и моторной фуги, когда живое существо мечется без явного плана из расчета попасть на выход волей случая. Э. Кречмер сравнивал панические реакции с поведением насекомого, оказавшегося в замкнутом пространстве, когда оно либо падает замертво, либо бьется о стены.

Психиатры, занимавшиеся проблемой массовых неуправляемых стремлений, еще в конце прошлого века отметили, что среди причин появления такого рода феноменов большую роль играют индивидуальные предрасполагающие свойства характера и интеллекта людей, оказавшихся под давлением опасности.

Во-первых, осознанная воля не дается человеку от рождения. Она формируется в процессе воспитания, и степень ее развития зависит от общей культуры, ясности ума, умения абстрагироваться от конкретных впечатлений. Общеизвестно, что несовершеннолетние, престарелые и примитивные люди больше подвержены панике.

Во-вторых, гипобулическая воля может быть сильной изначально, по складу характера и использовать любой более или менее подходящий повод для того, чтобы столкнуть человека с узкой тропинки разума на торную дорогу инстинкта. Люди такого склада в повседневном общении предстают истеричными субъектами, но их, по словам Э. Кречмера, следует считать скорее инфантильными, односторонне недоразвитыми в сфере воли.

В-третьих, весьма вероятной причиной паники бывает

неосведомленность. Например, феномен «мяречения» – массового подражания нелепому поведению психически неполноценных лиц – наблюдался в прошлом веке в сибирских воинских частях, новобранцы которых были жителями таежных поселков, когда, говоря современным языком, их когнитивные способы организации сотрудничества и взаимодействия не годились в новых обстоятельствах.

В повседневной жизни сегодня с паническими реакциями приходится сталкиваться у несовершеннолетних, вовлекаемых в криминальную ситуацию в качестве потерпевших, а порой и соучастников. Одновременное влияние психической незрелости, подростковой истероидности и наивности зачастую ставят в тупик работников правосудия и педагогов, добивающихся от подростка объяснений, как и почему он действовал именно этим способом, а не иначе. Получить исчерпывающие объяснения им, как правило, не удается, так как участнику событий и самому невдомек, каким образом формировался мотив его поступка. Образно говоря, воля шла мимо сознания, оставляя тому лишь констатирующую функцию постороннего наблюдателя.

Недаром для пресечения паники используются не увещевания, а встречные эмоциональные воздействия большой силы, твердая организация, точная информация и простота распоряжений.

Иногда правосудию приходится заниматься экстремальными ситуациями, возникающими в результате катастроф, когда эксцессы принимают характер противоправного поведения. К сожалению, пример гибели «Титаника», когда полторы тысячи мужчин, усадив в шлюпки женщин и детей, ушли под воду, сохраняя присутствие духа до последней минуты, не часто повторяется в жизни. Насилие ради выживания, преступное бегство со своего поста, извращенная реакция на команду и т. п. вынуждают суды вникать в психологическое состояние человека и сопоставлять его психическую устойчивость, силу характера, уровень развития и совершенство личности с обстоятельствами, в которых все эти качества пришлось продемонстрировать.

Импульсивные действия как результат истощения волевых усилий, направленных на подавление стремлений, возникающих в ответ на стечение тяжелых личных обстоятельств, весьма нередко становятся объектом судебно-психиатрической экспертизы, особенно в условиях нашего времени, когда необходимость подавлять сиюминутные интересы в пользу более важных, но отдаленных целей вызывает хотя и не очень значительное, но постоянно действующее психическое напряжение.

Если же человек бывает вынужден подавлять сильное стремление, вызванное повторяющимся импульсом (например, унижением достоинства, страхом физической расправы, издевательским отношением сплоченного большинства), его сознательная воля, вооруженная чувством долга, надеждой на будущее, страхом наказания или потери идентичности собственного *Я*, вполне может истощиться. Побеги из воинских частей психически незрелых и характерологически неустойчивых солдат, попавших под пресс неуставных отношений, служат тому убедительным и, к сожалению, часто встречающимся примером. Неудачный брак, где достоинство человека попирается с циничной откровенностью, также может приводить к эксцессам, когда агрессивное действие совершается без какой-либо предварительной подготовки, без колебаний, со стопроцентной вероятностью разоблачения, оставляя после себя чувство облегчения и недоумения по отношению к своему поступку. С. С. Корсаков называл такие состояния «уменьшением влияния высших задержек».

Судья, принимающий к рассмотрению случаи, когда есть основания предполагать расстройство разумной воли, должен опираться в своих суждениях на ориентиры, более или менее достоверно разделяющие нормальное и психопатологическое мотивообразование. Из них мы рекомендуем сосредоточить внимание на системе ценностей, принадлежащих личности конкретного человека.

Позыв к деятельности, равно как и оценка действительности, на которую направлен интерес, диктуются условиями общественной жизни. Лишь часть ее норм принимается личностью в систему внутренних смыслов и входит в структуру ценностей как ограничитель поступков, которым нет оправдания. Так что если у суда имеются веские основания считать, что социально неадекватное, неприветствуемое, нежелательное или враждебное поведение не противоречит собственным установкам человека, о психопатологии говорить преждевременно. Пока между индивидом и обществом остается такой посредник, как личность, воля всегда в той или иной мере осмысленна.

Естественно, выполнить эту рекомендацию можно лишь в том случае, когда индивидуальные свойства человека, представшего перед лицом правосудия, доподлинно известны. Однако здесь мы хотели бы предупредить юристов вот о чем. Дело в том, что внешние атрибуты поведения, манеры, привычки и особенно слова и объяснения очень редко позволяют достоверно судить о реальных убеждениях, истинных нравственных ориентациях и фактических социальных ценностях. Личность может

деградировать, а изменения, направленные внутрь характера, останутся незаметны окружающим. В таком случае поступки человека кажутся неожиданными, противоестественными и даже аномальными по своему происхождению.

Для иллюстрации сказанного приведем пример пироманического по форме, но криминального по психологии поведения.

> *В небольшом городке, застроенном преимущественно деревянными домами, в летнее время стали часто вспыхивать пожары, носившие явные признаки поджога. Горели главным образом хозяйственные постройки, не принося большого вреда, но создавая серьезную опасность жилищу. Причем было ясно, что это дело рук кого-то из жителей, не испугавшегося даже отряда самообороны, созданного людьми для охоты на поджигателя. Дерзость деяний наталкивала на мысль о психической аномальности злоумышленника.*

В конце концов, преступник по подозрению членов собственной семьи был задержан и сознался в содеянном с оттенком бравады. Им оказался 23-летний Е.

Объясняя мотивы своего противоправного поведения, он заявил, что таким образом мстил людям. Болезненно самолюбивый, неловкий, неумелый в работе и общении, Е. не был желанным гостем, его ухаживания отвергались девушками, взрослые считали его «недоумком», а сверстники посмеивались. Постепенно враждебность к жителям поселка стала привычным чувством Е. В очередной раз попав в положение отвергаемого, он несколько дней «не мог найти себе места», мечтал когда-нибудь «всем отомстить», твердо запоминал обиду и обидчика.

Однажды загорелся дом соседей. Е., принимая участие в тушении пожара, испытал острое чувство наслаждения, наблюдая, как мечутся и переживают его недоброжелатели. На следующий день он поджег сарай в конце поселка и, находясь среди тех, кто помогал тушить, втайне радовался. Вскоре потребность видеть мечущихся на пожаре людей, с которыми он имел свои счеты, стала столь велика, что он начал активно искать ссор, нарываться на унижения и терпеть оскорбления, чтобы был повод совершить очередной поджог. Опасение стать жертвой самосуда разъяренной толпы не могло его остановить. На суде Е. держался по привычке скромно, но со своеобразным оттенком скрытого превосходства.

В сложном сплетении причинно-следственных связей, объясняющих мотивацию неадекватного поведения, контуры системы ценностей составляют ядро, в рамках которого поступки

принадлежат личности.

Что касается **утраты (недоразвития) воли к жизни** в ее естественных проявлениях (абулия) или односторонней мотивации поведения в ущерб обычной жизнедеятельности, о чем мы уже говорили в гл. 3, когда речь шла о юродстве и фанатизме, то тут нужно быть еще осторожнее в оценках. Понятие «основные жизненные потребности» не имеет четких границ и ясно обозначенных критериев. Им легко руководствоваться при оказании гуманитарной помощи. Если же его положить в основу государственного принуждения, тотчас дает себя знать естественное право на независимость, ограниченное, как известно, лишь правами других людей. Голодать не запрещено. Все знают, что бродяги живут в отвратительных условиях, религиозные культы основаны на отрешении от радостей жизни, а причудливые хобби приверженцев необычных рецептов здоровья и долголетия бросают в дрожь родных и близких этих чудаков. И, откровенно говоря, многим людям маргинальной ориентации не повредил бы строгий распорядок под контролем специально обученного персонала (в нашей стране так и было до 1992 г.). Тем не менее современная цивилизация отдает предпочтение «свободе колодника, вытолкнутого в степь», праву обывателя запирать под замок тех, чье поведение не нравится окружающим. И коль скоро община в ее традиционной форме перестала нести моральную и социальную ответственность за маргиналов, общество предпочитает идти на некоторые неудобства, позволяя «людям на обочине» жить как им нравится.

* * *

Критерием оценки для судебного решения, когда вопрос о применении социальных ограничений по данному основанию все-таки бывает поставлен перед правоприменительными органами, является степень участия личности в мотивации социального отчуждения. Если будет выяснено, что образ жизни и манера поведения, угрожающие состоянию человека, противоречат установкам, ценностям и ориентациям личности, что в их осмысление включаются ассоциации психотического ранга, игнорирующие личный и личностный опыт, и что в процесс восприятия окружающего мира вплетаются галлюцинации, решение о необходимости социального контроля не вызывает сомнений. В остальных случаях, когда личность остается в своей основе цельной (хотя и неразвитой, деформированной воспитанием, разрушенной наркозависимостью, измененной

слабоумием), предпочтительнее использовать меры социальной поддержки и социального обеспечения.

6. Об эмоциях

«*Смягчающими обстоятельствами признаются… совершение преступления в силу стечения тяжелых обстоятельств или по мотиву* ***сострадания***» (ст. 61 УК).

«*Убийство, совершенное в состоянии внезапно возникшего сильного душевного* ***волнения*** *(аффекта)»* (ст. 107 УК).

«Оскорбление есть ***унижение*** *чести и достоинства другого лица…»* (ст. 130 УК).

«*Если гражданину причинен моральный вред (физические и нравственные* ***страдания***)…» (ст. 151 ГК).

Познание и деятельность всегда в той или иной степени окрашены чувствами, которые побуждают стремления, формируют ожидания, направляют течение ассоциаций, регулируют внимание, влияют на поле сознания. Можно без преувеличения заявить, что эмоции – самый верный признак нашей жизни, и слова «Я чувствую – значит, существую» звучат не менее справедливо, чем известные «Я мыслю, следовательно, существую». Роль и значение эмоций в повседневной жизни, а тем более в экстремальных условиях трудно переоценить, ибо ни одна из сфер психической деятельности не обладает столь универсальным влиянием на состояние человека. Недаром законодатель позволяет суду использовать категорию душевного волнения в очень широком диапазоне решений. Естественно, что и расстройства эмоций, влияющие на способность отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими, тоже очень многообразны, хотя и укладываются в два основополагающих феномена: **настроение** (нужда), создающее предвзятое отношение к действительности, и **эмоционально окрашенные реакции** (аффекты), концентрирующие сознание на важнейших переживаниях.

Будучи подвержены воздействию биохимических процессов в организме, зависящие от склада характера, побуждаемые стечением внешних обстоятельств, настроения и аффекты создают ряд состояний, постепенно переходящих от обычного неравнодушия к болезненно измененным формам мироощущения. Степень их юридической значимости различна, а оценка затруднительна. Человек может глубоко переживать, не считая нужным и возможным посвящать окружающих в свои чувства, так что его самоубийство будет совершенно неожиданным для лиц, ответственных за него или заинтересованных в его судьбе. Другой же по каждому поводу готов демонстрировать свои «глубокие страдания», по образному

выражению И. Ильфа и Е. Петрова, «хлестать горе чайными стаканами», но оставаться в душе вялым и холодным эгоистом, способным лишь портить настроение окружающим. Естественно, его версия о наличии сильного душевного волнения заслуживает по меньшей мере скептического отношения. И наконец, настроение может вообще не зависеть от условий жизни, когда тоска «гонится» за человеком, окруженным любящими близкими и обеспеченным вполне надежными перспективами. «Мысль о самоубийстве была так соблазнительна, что я должен был употреблять против нее хитрость, чтобы не привести слишком быстро в исполнение. Я не хотел торопиться только потому, что хотелось употребить все усилия, чтобы распутаться. Если не распутаюсь – всегда успею, – говорил себе…. И это сделалось со мной, когда я был совершенно счастлив – все у меня было: семья прекрасная, средства большие, все возрастающая слава, уважение близких, здоровье, сила телесная» (из письма Л.Н.Толстого А.А.Фету). Понятно, что было бы глупо искать причины таких намерений в стечении реальных обстоятельств. У суда, когда тот намерен оценить эмоциональную окраску дела, должны быть надежные ориентиры, позволяющие соединить поведение лица и его объяснения заслуживающим доверия способом. В роли таких ориентиров выступают источники чувств.

Среди источников и причин эмоций рассмотрим три основных: витальный, информационный и социальный.

Витальные чувства (vitas – жизнь) отражают состояние внутренней среды организма. Их появление означает нужду в поступлении извне компонентов, необходимых для обмена веществ (голод, жажда) или выделения продуктов жизнедеятельности (например, половой активности). Для индикации такого рода потребностей центральная нервная система обладает внутренними рецепторами и группой специальных образований в мозгу, которые получили образное название эмоционального мозга, в отличие от коры больших полушарий, именуемой иногда мозгом информационным. Если вооружиться электродом и раздражать нейроны электрическим током или вводить в мозг химические раздражители, то кора отреагирует появлением ощущений, воспоминаний, мыслей и движений, а подкорка, где сконцентрированы ядра эмоционального мозга, вызовет различные чувства. На этом разделении функций основана, в частности, психиатрическая хирургия, когда пациентам, подверженным приступам ярости, злобы и тоски, разрушают фрагменты подкорки, после чего наступает успокоение, не лишенное некоторого эмоционального опустошения, но зато гарантирующее социальную приемлемость

поведения.

Для иллюстрации тонкости и хрупкости эмоциональных регуляторов поведения мы расскажем об истории их открытия. Длительное время изобретатели лекарственных веществ, действующих на нервную систему, были вынуждены подвергать лабораторных животных сильным страданиям, чтобы смоделировать страх, ярость, боль как аналоги переживаний, для облегчения которых и существует фармакология. Наконец, нейрофизиология нашла возможность пользоваться не ударами тока по хвосту или приглашением в соседнюю клетку хищника, а всего-навсего легким раздражением электрода, вживленного в мозг подопытной крысы. Реакция животного не оставляла сомнений в содержании переживаний: оно бросалось на предметы, грызло все, что попадалось на пути, издавало угрожающие звуки. Если препарат оказывал успокаивающее действие, это означало первый шаг на пути нового лекарства к аптеке. Каково же было удивление экспериментаторов, когда в результате ошибки при введении иглы и раздражения близлежащей области мозга животное впало в явное блаженство, а после того как ему дали возможность самому себя стимулировать, оргия электрического удовольствия доводила несчастную крысу до полного истощения. Оказалось, что центры отрицательных и положительных эмоций располагаются очень близко друг от друга.

Естественно, что на человеке опыты такого рода не проводились, во всяком случае, легально. Тем не менее, аналогии напрашиваются сами собой. По-видимому, можно дать физиологическое объяснение тому факту, что люди отличаются друг от друга по своей зависимости от витальных переживаний. Все мы знаем людей, не страдающих болезнями обмена веществ, общение с которыми бывает совершенно невозможным, если они голодны или озабочены иными телесными потребностями. Их «витальный эгоизм» в чем-то сродни психическому инфантилизму или плохому воспитанию, что, впрочем, не исключает друг друга. За примерами другого рода, когда человеку доставляют определенное удовольствие самобичевание, пост и угнетение плоти, тоже ходить недалеко. Как заметил У.Шекспир, «высокий дух тяготится телом».

Наряду с этими характерологическими крайностями иногда приходится сталкиваться и с прямыми противоречиями в реализации витальных смыслов. Под влиянием болезни у человека могут появиться влечения (например, к смерти) со всеми признаками страстного желания: концентрацией чувств, нежеланием принимать во внимание последствия,

неразборчивостью в средствах, отсутствием потребности в компаньонах и свидетелях.

Витальность с положительным знаком как ощущение наслаждения жизнью (эйфория) в ряде случаев можно вызвать удовлетворением телесных потребностей, но чаще оно возникает под влиянием химических препаратов, созданных человечеством в стремлении к слепой чувственности (алкоголь, наркотики). Иногда она означает болезненное изменение психики (например, при сифилисе мозга с картиной прогрессивного паралича).

Информация несет в себе мощный эмоциональный заряд, если сигнализирует о надвигающихся переменах в окружающей среде. В обычном состоянии, когда потребности понятны, а вытекающие из них цели досягаемы, недостаток сведений побуждает такие чувства, как пытливость и любознательность. Он стимулирует инициативу в мышлении. Избыток неизвестного, если потребности не очень значимы, вызывает недоумение, изумление. Если же затронуты важные интересы, а новичок оказывается в малознакомой среде, появляются тревога, страх, неуверенность в себе.

В самой общей форме зависимость от окружающего информационного пространства может быть выражена несложной пропорцией: интенсивность психического напряжения прямо пропорциональна силе стремления и обратно пропорциональна осведомленности о возможности ее удовлетворения.

Страх неизвестного особенно часто встречается у детей, предоставленных самим себе, и у людей с низким уровнем развития, попадающих в непривычные жизненные обстоятельства. Многие преступления против личности удаются именно потому, что срабатывает эффект внезапности, новизны, скоротечности и угрозы, парализующей волю жертвы.

Люди, по складу характера не способные сбалансировать представления о себе (самооценку) с ожиданиями окружающей среды, склонны пребывать в состоянии постоянной тревожной готовности. Если же им приходится подолгу находиться в обстановке, когда человек обязан принимать решения, будучи не в силах предвидеть последствия, нередко возникает «кризис некомпетентности» с постепенным истощением защитных сил личности и неизбежной невротизацией по типу усиления тревожной мнительности.

При некоторых заболеваниях, когда утрачивается идентичность собственного *Я*, а окружающие события, теряя привычную нейтральность по отношению к человеку, наполняются новым смыслом, ощущение тревоги может быть очень интенсивным, сопровождаться растерянностью и страхом.

Социальные чувства сопутствуют стремлению человека быть принятым непосредственно окружающей средой общения, вызванному потребностью в защите перед лицом природы и желанием занять понятное и приемлемое положение в обществе. Они выражаются в феноменах, о которых мы уже упоминали, но сейчас повторим еще раз. *Эмпатия* – ощущение единения, сопровождающееся успокоением и придающее уверенность в себе. *Аффилиация* – стремление к эмоциональному отождествлению с окружающими на основе приязни, уменьшающее тревожное ожидание социального одиночества. *Конформность* – склонность человека принимать позицию «единодушно ошибающегося большинства» из боязни средовой изоляции. *Страх когнитивного диссонанса* – боязнь оказаться в системе общественных ценностей, противоречащих личностным смыслам.

В совокупности социальные чувства определяют влечение человека к другим людям и делают его восприимчивым к ожиданиям со стороны окружающих. Препятствия на пути удовлетворения естественных социальных потребностей вызывают чувства обиды, стыда, гнева, презрения, негодования, что и составляет основу аффекта. И хотя такие эмоции, как голод, половое влечение, страх неизвестного и т. п., тоже могут вызывать сильные чувства, трудно предположить, что они в состоянии сузить сознание, если при этом человек не отвергнут, не унижен и не оскорблен. Единственное исключение можно сделать для страха смерти, но и в этом случае более уместно использовать понятие стресса как психического напряжения, направленного на выживание, нежели аффекта, когда привычно подразумевается не столько физическая жизнь, сколько личное достоинство.

В известной степени социальные чувства можно приравнять к инстинкту самосохранения, объектом которого выступает личность человека. Ведь по силе переживания такие стимулы, как изгнание из общества или принуждение к социальной роли, противоречащей нравственным ориентациям, мало уступают страху уничтожения. Недаром гражданской смерти многие люди предпочитают реальную казнь.

Из этих трех истоков сплетаются состояния, с которыми, собственно говоря, и приходится работать как врачам, так и юристам. Рассмотрим их сначала по содержанию переживаний.

Депрессии. Каждый человек время от времени испытывает подавленное состояние духа, которое почти всегда можно связать с какой-то внешней причиной: плохим самочувствием, неудачами в работе, разочарованием в людях, которым легкомысленно доверял, несчастьем близкого человека и т. п. При этом мы

обычно склонны к пессимизму, равнодушны к повседневным удовольствиям жизни, переоцениваем значение своих ошибок и без сожаления отказываемся от соблазнительных перспектив в пользу спокойного уединения. Нужно какое-то время и желательна смена обстановки, чтобы все встало на свои места. Недаром прежде врачи предписывали в таких случаях морские путешествия.

Между тем жизненные огорчения сравнительно редко служат причиной обращения к психиатру. Значительно чаще врачам приходится иметь дело с депрессиями иного, витального происхождения, когда внешние обстоятельства либо не имеют вообще никакого значения, либо с большой натяжкой могут быть поставлены в причинную связь с мрачным расположением духа. Не жизнь навевает пациенту состояние чувств, а чувства сами окрашивают переживания в оттенки безнадежности, самоуничижения и тоски.

Для иллюстрации мы приводим диалог врача с больной, позаимствованный из книги Ф. Блума.

Врач: Отличается ли та депрессия, которую Вы испытываете, от нашей «обычной» хандры?

Кэти: Да, несомненно.

Врач: Но что же в ней, на Ваш взгляд, такого особенного?

Кэти: Ну, Вам настолько плохо, что ничего нельзя с этим поделать.

Врач: Вам трудно заниматься делами?

Кэти: Верно…

Врач: Вы испытываете какую-то печаль?

Кэти: Скорее безнадежность. Я не могу говорить об этом.

Врач: Вам действительно так тяжело говорить на эти темы?

Кэти: Да.

Врач: Сейчас, когда у Вас депрессия, можете Вы обдумывать свое состояние?

Кэти: Нет, и это меня еще больше расстраивает.

Врач: У Вас нарушается сон?

Кэти: Я, наверное, не сплю уже несколько месяцев.

(Речь идет, скорее всего, о потере чувства сна.)

Врач: Как Вы боретесь с чувствами уныния и недовольства?

Кэти: Сказать по правде, в последнее время я от этого отказалась. У меня совсем ничего не получается.

Врач: Не думаете ли Вы, что вам из-за этого незачем жить?

Кэти: Да.

Врач: Будет ли Вам легче, если Вы узнаете, что чувства вины и тоски – это всего лишь симптомы заболевания, которое обязательно пройдет?

Кэти: Я думаю, да, если бы я смогла в это поверить.

Врач: А Вы склонны этому верить?

Кэти: Сейчас мне трудно разобраться в мыслях об этом.

Если сгруппировать переживания депрессивного больного в комплексы, то получится несколько вполне отчетливых блоков (синдромов).

Во-первых, снижение и утрата физиологических чувств. Человек теряет ощущение сна. Пища кажется однообразно безвкусной. Аппетит не подсказывает время обеда. Половое влечение пропадает. У женщин иногда даже прекращаются менструации. Потребность в движении отсутствует, из-за чего поза может не меняться по многу часов.

Во-вторых, уменьшается социальная активность. Преобладают равнодушие и неуверенность. Усилия любой деятельности тяготят. Интересы и хобби теряют значение.

В-третьих, меняется самооценка. В настроении преобладает печаль, переходящая из меланхолии в тоску. Жизнь теряет субъективную ценность. Предчувствие смерти бывает постоянным, перерастая в желание самоубийства. Отношение к окружающим определяется чувством вины.

В-четвертых, ассоциации устойчиво концентрируются на определенном круге мыслей. Скорость мышления снижается. Круг суждений ограничивается идеями самоуничтожения. Прошлые события переосмысливаются с точки зрения своей греховности, порочности, низменности побуждений. Бред виновности на высоте депрессии – обычное явление.

Самоубийство депрессивного больного весьма вероятно, если учесть содержание его переживаний. Необходимо помнить, что психоз в форме депрессии меняет естественное отношение к смерти. Она становится не страшна, а желанна и (как любое искреннее стремление) маскируется от вмешательства извне при помощи мышления, сохраняющего логику рассуждений. Больной может вполне рационально требовать выписки из стационара у судьи, приводя неоспоримые, на первый взгляд, доводы. Однако достаточно провести тестовое психологическое обследование, чтобы убедиться в резком расхождении эмоциональной и

когнитивной сторон психической деятельности и не торопиться верить словам, за которыми могут стоять совсем иные чувства.

Страх и тревога. Эти чувства, хотя и нечасто толкают человека на антиобщественные поступки, постоянно сопутствуют юридической деятельности. Боятся потерпевшие, опасаются свидетели, сами подследственные находятся под угрозой разоблачения и наказания. Любое судебное заседание представляет собой своеобразное столкновение равнодушного профессионализма с эмоциями людей, замирающими от страха, неуверенности в себе и недоверия к казенному правосудию.

Страх обычно ассоциируется с реальной угрозой, присутствие которой ощутимо и понятно. Он мобилизует защитные силы организма, но парализует волю, что приводит к нерациональной трате активаторов деятельности и их бесплодному истощению (стрессу). Типичным примером такого рода является реакция крысы, помещенной экспериментатором в чужую стаю (семью). Животное довольно быстро погибает (даже если его не стараются загрызть) от нервного перенапряжения и истощения надпочечников (железы, синтезирующей адреналин).

У человека страх концентрирует внимание на его источнике, ограничивает объем сознания и побуждает гипобулическую волю к действиям, минуя борьбу мотивов. Образно говоря, *Я* ориентируется исключительно или преимущественно на внешний мир, так что в последующем память не сохраняет соображений, которыми испуганный человек руководствовался. (С. Довлатов как-то заметил, что в работе с заключенными его спасала способность в минуту опасности терять рассудок.)

Во врачебной практике чаще приходится иметь дело со страхами мнимой опасности – *невротическими*. Они вызываются склонностью человека видеть в окружающем мире признаки, подтверждающие его опасения, – нечто вроде чрезвычайно обостренной апперцептивности. Например, человек, навязчиво опасающийся заразы, вынужден постоянно мыть руки, ощущая на них нечто постороннее после соприкосновения с чужими вещами, а тем более с предметами общего пользования. Невротическая боязнь венерического заболевания (сифилофобия) сопровождается паникой по поводу любого пятнышка на коже. Конкретному содержанию такого рода страхов нет конца, ибо дело здесь не в опасности как таковой, а в невротическом состоянии личности, когда предрасположение и утомление выводят человека из обычного равновесия.

Психотические страхи бывают двоякого рода. Во-первых, само по себе заболевание способно вызвать ужас безотносительно содержания переживаний, образно говоря, эмоцию в чистом виде,

как это бывает с галлюцинациями и бредом, возникающими от изменения обмена веществ. Появление страха толкает на поиски причинных связей с действительностью, что может сделать жертвой «преследуемого» «преследователя» – ничего не подозревающего постороннего человека. Во-вторых, страх может входить компонентом в сложный комплекс болезненных переживаний (синдром), где его невозможно отделить от обманов восприятия, заблуждений мысли и иллюзий памяти.

В любом случае страх заставляет больного искать спасения: бежать в лес, прыгать с поезда, нападать на мнимых врагов и т. п. (Один из моих пациентов совершенно потерял обычный страх смерти и, будучи в алкогольном психозе, перепрыгнул из идущего поезда на встречный состав, так что остается лишь гадать, как ему удался такой головокружительный трюк.) Естественно, что окружающие не всегда успевают различить, что на самом деле творится в душе у мечущегося человека, и поначалу нередко применяют милицейское, а не психиатрическое принуждение. Стражи порядка по простоте душевной используют методы устрашения, и несчастным больным до того, как их доставят в приемное отделение больницы, нередко приходится познакомиться с резиновой дубинкой.

Тревога – это переживание надвигающегося страха, когда предшествующий опыт говорит о пока неясной опасности. Она привлекает внимание к впечатлениям, передающимся посредством настроения. Ее источниками могут быть изменение самочувствия, новизна обстановки, вероятность ответственности при недостатке информации. Одним словом это состояние возникает, когда налицо достаточно сильная потребность и нет уверенности в конструктивном способе ее удовлетворения. Классический способ исследования тревоги в ее физиологических компонентах состоит в помещении крысы в клетку, сохраняющую запах животного другой семьи (стаи).

В повседневной жизни тревога лишает настроение безмятежности, вынуждает не смотреть, а всматриваться, не слушать, а прислушиваться. Воображение стимулирует наглядно-образное мышление. Оживает магическое доверие к деталям и отдельным признакам. Вера вытесняет логику. Напряжение вызывает утомление. Известный всему миру герой Д. Дефо Робинзон Крузо описывал свои переживания с присущей ему убедительностью: «Через каждые два-три шага я оглядывался назад, пугался каждого дерева, и каждый показавшийся вдали пень принимал за человека. Невозможно описать, в какие страшные и неожиданные формы облекались все предметы в моем воображении, какие дикие мысли проносились в моей

голове и какие нелепые решения принимал я все время по дороге».

Чаще всего источником тревоги выступают экстремальные обстоятельства: физический дискомфорт вызывает мысль о начале тяжелой болезни; соприкосновение с криминальной средой заставляет задуматься о возможности расправы; призыв на военную службу вынуждает приноравливаться к неизвестным и непривычным отношениям. Все это создает проблемы средовой адаптации, на которую расходуются силы, и лучшее средство их сэкономить – получение доступной и исчерпывающей информации о реальной степени риска. Понятная болезнь не уменьшает страдания, но и не пугает. Свидетель, которому объяснили гарантии защиты от посягательств преступного мира, действует более целесообразно. Новобранцы гораздо легче мирятся с уставными и неуставными отношениями, когда командиры не уклоняются от воспитательной работы. Если же специалист, работающий со встревоженным человеком, не находит нужным обратиться к его разуму, хроническая тревога может стать причиной так называемых болезней периода адаптации. Навеянные ими мотивы поведения вполне могут оказаться в поле зрения суда.

В ряде случаев приходится сталкиваться с не обоснованной внешними условиями жизни *невротической* тревожностью людей, мнительных по складу характера.

Они отличаются своеобразной готовностью драматизировать обыденное и нередко используют свою беспомощность и озабоченность в качестве инструмента для изменения ситуации в свою пользу. Будучи пациентами, они энергично ищут помощи, но подспудно оказывают упорное и твердое сопротивление психотерапевтическому воздействию. Психологические исследования последних лет дают основания предположить, что в подобных случаях речь должна идти и о своеобразном недостатке чувственного тона в восприятии собственного *Я*. Нечеткость впечатлений от своих порывов, мыслей, устремлений поддерживает в постоянном напряжении аффилиативные потребности, позволяющие с помощью окружающих смотреть на себя со стороны и ликвидировать тем самым тревожащий дефицит информации. Поэтому нередко тревожно-мнительные люди отличаются поверхностной общительностью и инициативой, защитный характер которых обыкновенно раздражает тех, кто вынужден быть своеобразным донором социальных эмоций и поглотителем их тревожной готовности.

Психотическая тревога чаще всего служит этапом развития более тяжелых расстройств – страха, депрессии, бреда и т. п. Она

означает появление таких необычных переживаний, как отчуждение или открытость мыслей, утрата ощущения нейтральности окружающего мира, невозможность запомнить текущие события и др. В отличие от невротической тревоги, присущей характеру в целом, психотическая направлена внутрь личности и не ищет облегчения в общении с окружающими. Заметить ее можно по косвенным признакам: мимике, суетливости, отдельным высказываниям, многозначительным намекам. Если же обратиться к больному за соответствующими объяснениями, он скорее всего не захочет искренне отвечать или затруднится в ответе, так как ему самому собственные переживания не ясны.

Обида и гнев. Переживания задетого самолюбия, униженного достоинства, обманутого доверия относятся исключительно к сфере социальных эмоций, а если и бывают обязаны своим появлением болезненно измененной психике, то в самой косвенной форме: астения усиливает обидчивость. В остальном же источники чувств и характер поведения полностью укладываются в понятие «психическая средовая адаптация» с ее главным эмоциональным компонентом – *фрустрацией.*

Когда человек ориентирован на конструктивный подход к решению проблемы и представляет себе возможность достижения цели, это повышает его жизненный тонус, придает уверенности в себе, стимулирует волю. Если же такой возможности нет, возникает психическое напряжение, именуемое фрустрацией. Ощущение бесперспективности любых усилий вызывает чувство подавленности, усталости. Появляется сложное сочетание обиды на окружающих и собственной виновности. «Зацикленность» на переживании своих неудач приводит к односторонней ориентации мышления. Ощущается настоятельная потребность выйти из кризиса путем, ведущим к поражению (по Л. Фестингеру), чтобы получить облегчение и успокоиться.

Своеобразный вариант фрустрационного напряжения – состояние человека в обстановке, которая противоречит его нравственным, этическим и социальным ориентациям. При необходимости конформного подчинения своих естественных стремлений общим нормам, когнитивный диссонанс и невозможность реализовать аффилиативные потребности переживаются как покушение на достоинство, пренебрежение личностью и унижение.

В поисках экологической ниши человек изолируется внутренне, чувствует враждебность и отчуждение не только по отношению к тем, кого можно было бы назвать обидчиками, но и ко всей системе отношений, в которой ему приходится мириться с

положением неприветствуемого или отвергаемого.

Каждому хорошо известно, как могут повлиять на настроение грубость, бесцеремонность, нетактичность обращения. На этом фоне, если его приходится терпеть продолжительное время, обычные недоразумения воспринимаются с обостренным и долго не проходящим чувством обиды. Прошлое кажется лишенным радости, а будущее – перспективы. Социальные контакты ограничиваются. Бесцеремонно унижаемый человек обычно душевно очень одинок. В целом подобное состояние получило название *депривации*.

Признавая стечение тяжелых личных и семейных обстоятельств фактором, дающим основания для смягчения вины, нужно по возможности объективно оценивать, в какой мере мотивы эксцесса зависели от подавленного обидой состояния духа. Здесь в качестве ориентиров можно использовать такие переживания, как накопление отрицательных эмоций, стремление избегать ближайшей неприятности ценой отдаленной ответственности, потеря чувства ценности жизни.

Накопление отрицательно окрашенных эмоциональных переживаний происходит на фоне длительной эмоциональной депривации. Впечатления, которые связаны с чувством обиды и окрашены тревогой или страхом, переоцениваются в их значении для личности, задерживаются в памяти, отвлекают внимание от остальной жизни. Доминируя в воспоминаниях, они превращают представления о более или менее продолжительном периоде прошлого в цепь сплошных неприятностей. Незначительные огорчения настоящего, которым в обычных обстоятельствах не придается существенного значения, могут стать «точкой наименьшего сопротивления» и вызвать неадекватную эмоциональную реакцию на повод, явно того не заслуживающий. Такого рода «срыв», за которым не успевают ни разум, ни сознание, когда человек с удивлением смотрит на последствия своего поступка, Э. Кречмер назвал «реакцией короткого замыкания», подчеркнув, что эмоциональное истощение нужно рассматривать одновременно с тенденцией воли реагировать импульсивными поступками.

Находясь в подавленном состоянии духа, вызванном средовой дезадаптацией, человек начинает придавать неоправданно большое значение текущим неприятностям, становится излишне впечатлителен, или, говоря языком психопатологии, «сенситивен», т. е. уязвим. Ожидание очередной неприятности, связанной с покушением на внутренний мир, может на какой-то промежуток времени стать ведущим переживанием, под влиянием которого ответственность, чувство долга и страх наказания

перестают доминировать в мотивах. Человек предпочитает защитные меры «ближайшего действия», хотя отдаленные последствия могут грозить гораздо более серьезными испытаниями. Порою люди творческих профессий очень болезненно и явно неконструктивно реагируют на стремление распоряжаться со стороны начальства или близких людей. Новобранцы при объяснении мотивов самовольного оставления части (хорошо, если обходится без жертв) нередко ссылаются на невозможность вернуться из караула в казарму, где их неотвратимо ожидает унизительный ритуал неуставных отношений. Расторжение брака по незначительному поводу на фоне бесцеремонного отношения друг к другу – обыденная судебная практика. Юристам нужно учитывать огромную притягательную силу хотя бы кратковременного эмоционального отдыха, после которого «хоть трава не расти».

И наконец, приходится считаться с тем, что привлекательная сила смерти может проявляться и под давлением внешних обстоятельств, а не только в случае психотической депрессии. В качестве иллюстрации мы приводим строки из посмертного письма известного русского писателя А. Фадеева, застрелившегося 13 мая 1956 г. «…Литература отдана во власть людей неталантливых, мелких, злопамятных. Единицы тех, кто сохранил в душе священный огонь, находятся в положении париев. И уже нет никакого стимула в душе, чтобы творить… Жизнь моя как писателя теряет всякий смысл, и я с превеликой радостью, как избавление от этого гнусного существования, где на тебя обрушиваются подлость, ложь и клевета, ухожу из жизни».

Гнев как вариант «умоисступления», «гневного беспамятства» с давних лет относится к категории душевных расстройств, заслуживающих снисхождения при вынесении приговора. В конце XIX в. состояния, возникшие в результате «сильных страстей, волнений, в особенности гнева, неожиданного унижения, оскорбления и т. п.» были объединены в общую группу так называемого скоропреходящего неистовства, получившего по терминологии Крафт-Эбинга название «патологический аффект».

Развитие аффекта проходит несколько стадий, которые можно установить достаточно четко, если есть свидетели. Прежде всего, должен быть повод как пусковой момент гневного реагирования. В качестве раздражителя обычно выступают так называемые моральные чувства. В других случаях, как мы уже упоминали, правильнее говорить о панике или о реакции короткого замыкания. Между поводом и ответом не всегда бывает прямое соответствие по типу «сильный стимул – интенсивный ответ». Социальные эмоции глубоко индивидуальны, а

человечество не имеет универсальных таблиц тяжести оскорбления. Так что основательность предположения о наличии аффекта приходится доказывать не столько анализом поведения обидчика, сколько индивидуальным складом обиженного. Промежуток времени от начала действия повода до появления гнева непродолжителен. Сразу его можно и не заметить, пока лавинообразное нарастание эмоций протекает на фоне скованности, но психические процессы при этом, как правило, уже сильно расстроены.

Гнев подчиняет себе поле сознания: внимание концентрируется на источнике переживаний; мышление получает мощное побуждение в направлении цели и лишается критичности; логика отсутствует, что сильно сокращает стадию борьбы мотивов; память сохраняет лишь переживания, связанные с содержанием аффективного деяния. Образно говоря, сознание, развернутое в направлении источника чувств, сужается.

Физиологический аккомпанемент (бледность или краснота лица, прерывистое дыхание, изменение моторики) завершает картину, которая длится недолго и заканчивается внутренним опустошением, упадком сил. Обычно этот аспект душевного волнения обозначают термином «стресс». Будучи в научную лексику канадским биологом Г. Селье, означает напряжение защитных сил организма в ответ на угрожающее воздействие извне. Поначалу это понятие не выходило за рамки физиологии гомеостазиса (равновесия организма и экологической среды его обитания), но не прошло и десяти лет, как психология ассимилировала идею стресса для объяснения механизмов сильного душевного волнения, сопровождающегося физическим утомлением.

Для примера такого рода «эмоциональной встряски» мы взяли описание из романа Э. М. Ремарка «Тени в раю», герой которого, попав в Америку после побега из нацистского лагеря, неожиданно для себя оказался на съемках антинацистского фильма в Голливуде.

> *«Красная лампочка над павильоном потухла, и мы вошли внутрь. После яркого света я первое время ничего не мог различить. И вдруг окаменел. Человек двадцать эсэсовцев двигались прямо на меня. Я тотчас круто повернулся и приготовился бежать, но налетел на Танненбаума, который шел следом.*
>
> *– Кино – сказал он, – Почти как в жизни.*
>
> *– Что?*
>
> *– Я говорю, здорово у них получается.*

– Да – с трудом выдавил я из себя и секунду колебался, не дать ли ему по физиономии.

Я заметил, что дышу громко, с присвистом.

– Что случилось, – спросил Танненбаум, – Вы испугались? Но Вы же знали, что я играю в антинацистском фильме.

Я кивнул, стараясь взять себя в руки.

– Забыл, – сказал я, – После вчерашнего вечера.

– Конечно, конечно. И со мной так было в первый раз. Но потом я привык.

– Что?

– Я говорю, что привык к этому, – повторил Танненбаум.

Я снова обернулся и посмотрел на ненавистные эсэсовские мундиры. И почувствовал, что меня вот-вот вырвет. Бессмысленная холодная ярость вскипала во мне, и я не видел ни одного объекта, на котором мог бы ее выместить. Теперь я заметил, что здешние эсэсовцы говорили по-английски. И все не мог успокоиться. Но вот дрожь утихла. Страх исчез, но оставалось ощущение, будто я перенес тяжелый припадок. Все мускулы болели».

Психиатры и психологи, призванные правосудием определить, в какой мере душевное волнение повлияло на поведение человека, ориентируются главным образом на состояние его сознания, а не на описания чувств. К сожалению, описать аффект оказывает гораздо легче, чем установить признаки, свидетельствующие о его наличии, так что правосудию и по сей день приходится доверять профессиональному опыту и интуиции специалистов.

Своеобразным ориентиром в этой работе может служить так называемая ролевая конструкция личности. Для экономии текста мы предлагаем несложную схему, с помощью которой можно более или менее уверенно предполагать, сколь глубоко во внутренний мир человека проникла интервенция (осмысленная и умышленная со стороны обидчика или невольная в силу того, что между ним и обиженным слишком велика дистанция внутренних смыслов поведения).

Для экономии текста мы предлагаем несложную схему.

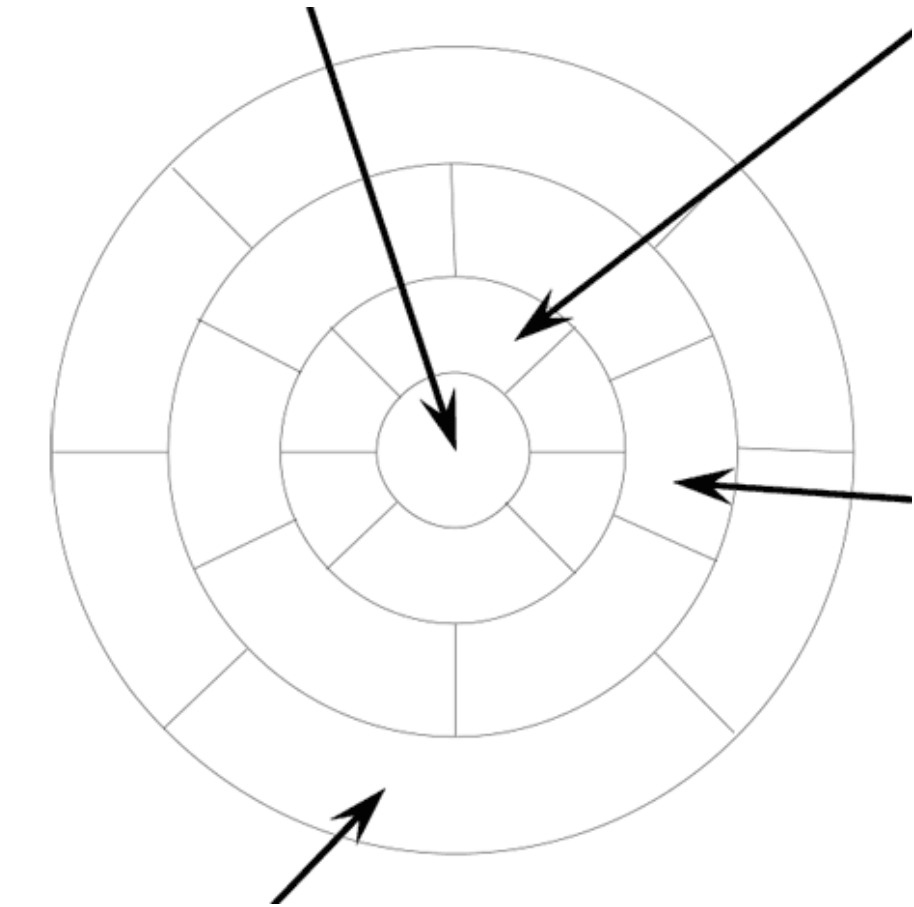
«Сверх Я» – источник внутренних побуждений и смыслов поведения, трансформирующих энергию чувств в идеалы и убеждения.

«Я – концепция» (роли-принципы, роли для себя самого) – источник нравственных потребностей и регулятор социальных

ориентаций. Ответственность за них поддерживается страхом когнитивного диссонанса.

«Я – образ» (роли-статусы, роли для других) – роли, сформировавшиеся в процессе воспитания и принятые личностью за ориентиры собственного достоинства. Поддерживаются гордостью, самолюбием.

«Я – манера» (роли-функции, роли-навыки для достижения цели) – роли, ориентированные на ожидания, имеющие прагматичное значение, реализуемое в поступке.



В отличие от аффекта, вызванного гневом, демонстрация душевного волнения невоспитанным, несдержанным или преследующим какие-то свои цели человеком имеет ряд отличительных особенностей. В таких случаях эмоциональное напряжение с усилением раздражительности и злобности нарастает по мере развития конфликта, когда брань переходит в оскорбления, в угрозы, а затем – в физическое насилие по мере противодействия. Гнев по силе выражения колеблется: бурная

реакция сменяется сравнительно спокойной формой поведения, а потом вновь приобретает крайние формы. Признаки физического переутомления отсутствуют, что позволяет после совершения противоправного поступка активно действовать по ликвидации последствий или сокрытию следов.

Особенно тщательно нужно анализировать психическое состояние в случаях, когда эмоциональное состояние может быть использовано для освобождения от вины или квалификации преступного деяния.

Болезненный подъем духа. Повышенное настроение, способное качественно изменить течение психических процессов, встречается исключительно в рамках патологии. Нормальные радость, восторг, восхищение и обожание не лишают человека ни разума, ни рассудка. Таким образом, приступим к изложению симптомов без обычного описания психологических предпосылок и аналогов болезни.

Сравнительно просто диагностируется «*веселое слабоумие*», когда нарастающая деменция сопровождается обостренным чувством наслаждения жизнью (эйфорией). Типичный пример такого рода – сифилис мозга с картиной прогрессивного паралича. Больной постепенно утрачивает деловые качества, его переживания смещаются в мир воображения, где формирующийся бред величия поначалу предстает как излишняя самоуверенность, неосмотрительность или легкомыслие. Обычно проходит несколько лет, пока высказывания станут совершенно нелепыми, поступки – явно эпатирующими, а память откажет окончательно. Зато в дальнейшем развитие болезни протекает катастрофически быстро и без какой-либо надежды на выздоровление или облегчение: больной опускается до полной неспособности самостоятельно жить и часами просиживает в однообразной позе или бесцельно слоняется по коридорам психиатрической больницы в пижаме, увешанной бумажными звездами и орденами. В глазах его застыло радостное выражение, он с готовностью протягивает врачу окурок со словами: «Возьми сто миллионов!» При других формах поражения мозга органическими (меняющими анатомию) заболеваниями также может встречаться повышенное настроение, но в гораздо менее яркой форме.

Маниакальное состояние дает о себе знать своеобразным искажением психики без разрушения личности. Больной постепенно втягивается в необычный стиль поведения: настроение повышенное, мысли текут быстрее обычного, потребность в сне уменьшается, стеснительность пропадает, ассоциации быстро комбинируют разного рода планы, воображение нацеливается на деятельность, решительность

возрастает. Этот начальный период, пока мышление не превратилось в скачку идей, активность – в суету, а самокритичность не уступила место идеям величия, бывает, как правило, наполнен разного рода деяниями как положительного, так и сомнительного свойства. Из лучших побуждений больные вступают в деловые отношения, берут обязательства, заключают сделки, подписывают векселя, заключают браки и т. п. Легкомысленность их поступков вызывает подозрения, но людям без профессиональной подготовки бывает трудно по мотивам психической ненадежности отказать человеку активному, уверенному, воодушевленному, способному одухотворяться высшими принципами, альтруистически настроенному. Эмоциональная заразительность маниакального состояния довольно сильна, если не сказать – труднопреодолима. В частности, видные русские психиатры начала XX в. высказали царскому правительству публичный протест по поводу поспешной, без судебно-психиатрической экспертизы, казни мичмана Шмидта, который, по их мнению, обнаруживал явные признаки маниакального расстройства психического здоровья.

Своевременное помещение маниакального больного в стационар – одна из серьезнейших проблем профилактической психиатрии. Судье нужно внимательно прислушиваться не только к больному, обладающему нередко даром красноречия, но и к его родителям, измученным, разоренным долгами и исками, оставшимися от предыдущего обострения состояния их сына или дочери, и к психиатрам, умеющим отличать эмоциональные симптомы болезненно измененной психики от стремлений личности, побуждаемых ее обычными намерениями.

Чаще всего маниакальное состояние бывает приступообразным и встречается при заболевании, которое и называется «маниакально-депрессивный», или «циркулярный», психоз, однако симптомы болезненного подъема духа не исключены и в картине иных болезней, где присутствует так называемый циркулярный компонент.

Эмоциональное опустошение. Этот феномен редко становится объектом юридического рассмотрения, но мы посвятили ему несколько строк, так как он присутствует в диагностике тяжелых заболеваний и для психиатров имеет большое значение. Речь идет об интенсивности чувств и заинтересованности реальностью в словах, поступках и намерениях человека.

В психологии индивидуальных различий давно замечено, что люди сильно отличаются друг от друга по своим витальным и социальным эмоциям. Некоторые стремятся минимизировать

впечатления, предпочитая им мир собственных представлений, и остаются мечтателями, отталкивающими контакты (интроверты). Другие, напротив, всегда готовы сменить ориентации под влиянием потока впечатлений, который и формирует их мироощущение (эстраверты). Заостренная тенденция бежать в мир воображения от внешних и внутренних проблем получила название аутизма.

Как видим, в определениях феномена пониженной эмоциональной заинтересованности недостатка нет. Все прекрасно понимают, что каждый из нас в чем-то более пуст, чем другой. Невозможно количественно ранжировать человечество по этому признаку. Тем не менее, должна существовать какая-то грань, за которой было бы оправданно вмешательство окружающих в личные обстоятельства человека.

Психиатры давно заметили и описали состояния, когда нарастающий эгоцентризм, равнодушие и враждебность к близким людям, гигиеническая запущенность, замена обычных занятий причудливыми хобби не совпадают с закономерностями деградации личности, свойственными спивающимся, бродяжничающим, впадающим в паразитический образ жизни людям. Они не видели ленивой тупости, жадности к удовольствиям, стремления к праздности, свойственных опустившимся людям, и назвали наблюдаемое явление эмоциональным опустошением. Как правило, по прошествии некоторого времени к симптомам в сфере эмоций присоединялись более отчетливые расстройства мышления, восприятия, воли, но так случалось не всегда, и клиническая картина отшельника в собственном доме приписывалась то тяжелым психозам вроде простой формы шизофрении, то аномалиям личности как некоему варианту ее девиантного развития. При этом факты оставались одними и теми же: человек выпадал из социальной жизни и оставался на иждивении близких без каких-либо разумных к тому оснований.

Точка зрения на психический недостаток этого вида и социальная тактика в отношении страдающих им людей зависит от установок культуры и государства. До недавнего времени в нашей стране законодательство преследовало тунеядцев, побуждая врачей ввиду явной бесперспективности дисциплинарных мер и естественного стремления уберечь человека от уголовного наказания относить случаи подобного рода к шизофрении. Лечить их (заметим справедливости ради) тоже не удавалось, но медицинская реабилитация казалась предпочтительнее уголовной репрессии. В настоящее время такие люди осели на иждивении своих родных, создавая им множество

проблем, включая социальное обеспечение. Как правило, для их разрешения достаточно административного регулирования и до суда дело не доходит, но при формальном подходе социальных служб, утрате близких и отсутствии диагноза хронического душевного заболевания, лица с такого рода патологией, вынужденные по закону самостоятельно заботиться о себе, неизбежно становятся жертвами социальной стихии, пополняя ряды отщепенцев.

Расстройства настроения на болезненной почве (эмоциональные психозы) требуют для своей оценки врачебной компетенции. Здесь речь идет об изменениях мышления, при посредстве которого, по словам Э. Блейлера, болезненные чувства находят свое выражение в поведении.

Прорыв болезненных эмоций «сквозь мышление» (которое ему некоторое время, как правило, сопротивляется) в нелепое поведение не оставляет сомнений даже у непрофессионалов, но в обычной практике юристам чаще всего приходится работать с людьми, у которых способность осознавать фактический характер и социальные последствия своих действий нарушена еще не столь очевидно. Например, депрессивный больной отрицает стремление к смерти, доказывая необоснованность его удержания в больнице, тревожный – стремится сбежать от «подозрительных» обстоятельств, бросая работу и расточая имущество, маниакальный – спешит «облагодетельствовать» окружающих, игнорируя административную и финансовую дисциплину. Так называемая рационализация психопатологических переживаний особенно часто встречается в сфере эмоций, и здесь суду остается лишь доверять специалистам, обученным замечать, когда депрессия переходит в бред греховности, тревога перерастает в бред отношения, а маниакальность – в бред величия.

В заключение лишь напомним, что психопатологические расстройства влияют на осознанное поведение личности не сами по себе, а в рамках болезней, аномалий и расстройств адаптации на почве и по причине которых они появляются. И хотя для юриста медицинские термины не имеют определяющего значения, сотрудничать с врачами (и психологами) без соответствующих знаний невозможно.

Вопросы для самостоятельной работы

1. Предметное сознание и самосознание: значение этих понятий для судебного решения.

2. В чем отличия «способности понимать значение своих действий» и «осознавать фактический характер и общественную опасность» их?

3. Какие заблуждения являются достаточным основанием для освобождения от ответственности?

4. Разумная воля как условие ответственности, ее расстройства.

Рекомендуемая литература

Абраменко А. Е. Судебная психология личности. СПб., 2003.

Асмолов А. Г. Психология индивидуальности. М., 1986.

Блум Ф., Лейзерсон А., Хофстебтер Л. Мозг, разум, поведение. М., 1968.

Братусь Б. С. Аномальные личности. М., 1988.

Василюк Ф. Е. Психология переживаний. М., 1984.

Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. Прага, 1983.

Рубинштейн С. Л. Бытие и сознание. М., 1975.

Фрейд З. Психология бессознательного. М., 1989.

Глава 8. Психические расстройства на биологически измененной почве

«Культура человечества слагалась и созидалась при условии известной устойчивости и постоянства биологического человеческого типа. Поэтому ее материальные орудия и приспособления, ее социально-психофизиологические институты и аппараты рассчитаны на нормальную психофизиологическую организацию» (Л. С. Выготский).

Психически неполноценные люди хуже адаптируются к условиям жизни. Этот факт настолько очевиден, что в комментариях не нуждается. Образно говоря, болезненный фактор вклинивается во взаимодействие личности и среды и может окрашивать обычные реакции иными чувствами, мешать реализации личностных стремлений, а то и вовсе устранять ее из мотивообразования. Другими словами – выступать в качестве источника побуждений, не вытекающих из внешних обстоятельств. Обозначим ею роль термином *«патологически измененная почва.* Исходное понятие «почва» относится к категориям, которые употребляются широко и кажутся общеизвестными, хотя ясных научных границ и не имеют. В широком смысле слова оно означает наличие фона, привносимого состоянием механизма в картину его взаимодействия со средой. В нашем случае, если брать в качестве объекта умышленное поведение человека, обладающего сознанием, почвой следует называть причины неумышленных поступков, когда реакция формируется на доличностном или бессознательном уровне реакций, свойственных специфике психических процессов или физиологии высшей нервной деятельности.

Например, в обыденной жизни нам постоянно приходится считаться с такого рода реакциями без какой бы то ни было патологии. Так, никто не порицает маленьких детей за драку, ограничиваясь более простым воспитательным приемом, демонстрирующим наглядно, что тому, кого бьют, бывает больно и обидно. Мы прекрасно знаем, что стыд за принуждение другого человека силой не относится к врожденным добродетелям и придет к ребенку много позже (если его вообще удастся вызвать воспитанием).

В отроческом возрасте дети нередко морализируют и могут даже выступать с политическими инициативами, но им самим никто не ставит в вину, что они, не испытывая угрызений совести, одновременно существуют в коллективах и с правопослушной, и с

противоправной установкой, ибо степень личностной зрелости не позволяет им иметь убеждения.

В период распада личности старикам не пеняют на их готовность подозревать, а нередко и обвинять окружающих в намерениях и поползновениях нанести ущерб, зная, что в результате склероза сосудов головного мозга в первую очередь страдает способность соотносить факты и фантазии.

Уставшие люди бывают раздражительны, а их характерологические особенности заостряются: гневливые становятся брюзгливыми; истеричные – назойливыми; впечатлительные – плаксивыми; однако никто не сомневается, что после отдыха все войдет в свою колею.

Травма мозга зачастую привносит в поведение раздражительность, обязанную своим появлением исключительно расстройствам высшей нервной деятельности.

Алкоголь растормаживает первобытные инстинкты у, казалось бы, вполне воспитанных людей.

Здравый смысл подсказывает, что человек время от времени действует под влиянием мотивов, не свойственных ему в обычном состоянии, и мы снисходительно относимся к тем случаям, когда бываем задеты не разумной волей, а психической незрелостью, слабоумием, утомлением, интоксикацией – т. е. слепой или полуслепой природой, обижаться на которую было бы просто глупо.

В психопатологии влияние почвы на разумное, т. е. осмысленное и осознанное, поведение рассматривается в трех вариантах:

♦ *душевные заболевания,* разрушающие личностную систему мотиваций и раскалывающие «Я» (душевные болезни);

♦ *нарушения деятельности мозга* или организма, влияющие на эффективность психической деятельности (радикалы);

♦ *фенотипические недостатки характера и интеллекта,* снижающие приспособительные возможности психики (конституции).

1. Душевные болезни

Они возникают как следствие биологических расстройств центральной нервной системы. Это утверждение принято считать научной аксиомой, так как, во-первых, некоторые болезни сопровождаются биохимическими изменениями: во-вторых, лекарства меняют психическое состояние больного человека исключительно с помощью воздействия на обмен веществ; в-третьих, переживания присущие психозам, возникают вне связи с обстоятельствами жизни и не вытекают из предшествующего опыта личности.

Будучи в состоянии психоза, человек не ищет подтверждения своим болезненным переживаниям в реакции окружающих. Он не приглядывается к тому, какое впечатление производят на них его слова и поступки, не убеждает и не экспериментирует в поисках истины. В этом и состоит специфика его бытия; оно формируется не психическим отражением, а автономно действующим воображением со своими источниками чувств и закономерностями мышления.

Распознать психоз при помощи здравого смысла и житейского опыта удается далеко не всегда, а интерпретировать поступки как болезненные – тем более. Здесь необходимо врачебное искусство с его специально психиатрической интуицией и тем опытом, который передается в медицине от поколения к поколению в процессе практической работы учителя с учениками. По одним учебникам психиатром не становятся.

Тем не менее, юрист, не будучи врачом, обязан оценивать предъявляемые ему «доказательства безумия» и утверждать медицинское заключение от лица закона. Ему приходится не только принимать к сведению полученные данные, но и вникать в них, взвешивая аргументы самого пациента психиатрической службы, далеко не всегда готового с ней сотрудничать. Для этого необходимы ключевые показатели, опираясь на которые можно быть уверенным в справедливости принятого решения. В роли одного из них может выступать психологическое своеобразие социального отчуждения больного человека.

Итак, душевное заболевание – *иной способ существования* «Я». Попробуем осмыслить этот факт, избегая специальной терминологии.

Обычный ход психического отражения, позволяющий осознать и понять истинное значение окружающих человека предметов и отношений, подразумевает определенную последовательность событий: раздражение нервных окончаний –

мобилизация анализаторов в центральной нервной системе – появление впечатлений – соотнесение их со своим жизненным опытом – выбор позиции с точки зрения социальных ценностей и нравственных ориентаций – действия по преобразованию среды или приспособлению к ней за счет внутренних резервов личности. Таков обычный цикл, подробно описанный в учебниках психологии, в том числе юридической. Для него характерно взаимодействие энергии внешнего мира с внутренней энергией личности, которое человек переживает как параллельно идущие события. Память отчетливо разделяет, каким событиям он был свидетелем и что он этому поводу чувствовал, мыслил или намеревался предпринять.

Вместе с тем у человека разумного, т. е. достигшего в своем развитии способности преобразовывать не только природу или общество, но и самого себя, появляется новое качество, которое обозначается как *«душа, которая трудится над личностью».*

Обладая душой, человек в состоянии критически относиться к происходящему, как на уровне психических процессов, так и на уровне отношений, складывающихся внутри личности. Он огорчается по поводу одолевающих его недостойных мыслей, успокаивает себя при появлении тягостных чувств, уравновешивает низменные порывы возвышенными страстями и т. п. Одним словом – регулирует происходящее в психическом мире как бы со стороны некоего арбитра, способного объяснить, оценить и изменить мотивы поведения.

Если болезнь поражает психику, не задевая души, т. е. оставляя личности возможность управлять болезненными переживаниями, психоз не диагносцируют. Употребляется другая терминология. Например, в случаях извращения влечений, когда больной испытывает стремления, противоречащие его моральным, эстетическим и гигиеническим установкам, тяготится ими и в поисках облегчения страданий обращается за медицинской помощью, он имеет на нее полное право. Это действительно нездоровый человек. Однако если под влиянием такого рода желаний он совершит предосудительней поступок, ему будет отказано в снисхождении на том основании, что мы не вольны в своих порывах, но обязаны контролировать их реализацию.

Появление настоящего психоза означает расстройство самой души. С одной стороны, источником чувств и мыслей остаются обстоятельства жизни с привычным способом их понимания, усвоенным в процессе обучения и воспитания. На человека по-прежнему можно в какой-то мере подействовать разъяснением, убеждением, дисциплиной, лаской, внушением. С другой –

появляется новый образ самого себя. Питающие его чувства вытекают из воображения, а логика их осмысления не зависит от навыков интеллекта. И хотя больной человек продолжает соблюдать известные стереотипы поведения: ходит, говорит, обращается к окружающим, действует или бездействует, его реальные впечатления компонуются соответственно потоку болезненных представлений, т. е. с позиций здравого смысла – выборочно, случайно и непредсказуемо.

Прибегая к языку аллегорий, можно сравнить психическое состояние со своеобразной ситуацией, когда человек спит и бодрствует одновременно. Его жизненные впечатления и образы, созданные воображением, переплетаются в логике сонной грезы, не требуя никакого подтверждения практикой. Причем совершенно необязательно, чтобы больной воплощал нелепые ассоциации в бессмысленных поступках.

Иногда фантастическое восприятие полностью вытесняет обычное психическое отражение и человек сохраняет с окружающей средой лишь отрывочные отношения. Будучи предоставлен сам себе, он безусловно погибнет, а помещенный в психиатрическое учреждение, останется вне какого-то ни было сообщества. Однако значительно чаще между помраченным разумом и сохранившимся рассудком устанавливается своеобразное соподчинение, когда привычные способы реагирования и общепринятые навыки защищают болезненное «Я» от интервенции со стороны реальной жизни. Больной человек соблюдает правила игры, оставаясь в плену своих представлений, продиктованных фантазией. Время от времени они прорываются неожиданными поступками или нелепыми высказываниями, обнаруживающими внутренний ход развития болезни.

Например, он становится объектом преследования, выполняет функции связи с инопланетянами, воплощает вселенское зло и т. д. Однако в этом случае образ «Я» для болезненного воображения и для повседневной жизни не совпадают, а живут и действуют по отдельности.

Клиническая или «большая» психиатрия, занимающаяся пациентами психиатрических стационаров, исследует главным образом специфику мироощущения, создаваемого больным воображением. Объектом ее исследований выступает переживания второго «Я». В этом смысле она не является преемницей психологии. У нее свой предмет деятельности, где психическое отражение и личность человека имеют лишь косвенное или вспомогательное значение, как объекты, сопутствующие психозу.

Шизофрения относится к заболеваниям, поражающим

преимущественно когнитивную сферу. Присущие ей расстройства в своей основе, по-видимому, обусловлены генетически, ибо на сегодняшний день не выявлено ни ее возбудителей, ни провоцирующих ее факторов (в то же время человечество закономерно воспроизводит 8–10 таких больных на 1000 рождающихся, что позволяет обоснованно предположить рецессивный характер наследования соответствующего генотипа).

Понять особенности мироощущения и восприятия собственного *Я*, присущие больному человеку, без специальной подготовки не только затруднительно, но просто невозможно. У обычных людей нет аналогичного опыта даже во фрагментах. То, что называется расщеплением личности, в принципе отличается от нормального самовосприятия, так что изложить на бумаге да еще в сжатой форме переживания больных и описания врачей, чтобы ввести читателя в круг соответствующих впечатлений, нереально. Да в этом и нет особой необходимости, ибо навыком общения с душевнобольными с налета не овладеешь, а для диалога с психиатром юристу достаточно представлять себе содержание основных понятий и очерчивающих их терминов.

Приблизительно похожее состояние мы испытываем в период сновидений. В такие моменты наше *Я* теряет свое единство: мы вроде бы живем как привыкли, но в то же время существуем в иных измерениях, олицетворяем сразу и преследователя, и преследуемого, человека и иное существо. Наши чувства заставляют нас испытывать страх и горько плакать (причем вполне объективно), тогда как рассудок перестает понимать ирреальность переживания. Полушутливая психиатрическая пословица гласит: «Когда мы спим, мы все шизофреники». В известном смысле она дает представление о специфике внутреннего мира человека, страдающего этим заболеванием. Ведь суть происходящих в нем перемен как раз и состоит в отрыве воображения от реальности, утрате корригирующей роли жизненной практики и возникновении наряду с обычным *Я* иного способа существования личности, когда нет нужды в опыте как критерии истины.

Способность жить в мире личностных смыслов, созданных воображением, наряду и одновременно с системой ценностей, усвоенной в течение жизни, не чувствуя при этом внутреннего противоречия, Э. Блейлер обозначил термином «схизис», что значит расщепление единства психики.

В английской транскрипции корень слова звучит как «шизо», так что понятия «шизофрения» и «схизофрения» синонимичны и имеют одинаковое право на существование. В частности, Большая медицинская энциклопедия 1964 г. описывает именно

«схизофрению».

Возникающие вследствие расщепления *Я* равнодушие к интересам социальной среды, пренебрежение общепринятыми ценностями, утрату эмпатийности и аффилиативности в межличностном общении Э. Блейлер назвал аутизмом, что в его понимании означало уход в мир самотворчества личностных смыслов, независимых от отношения к ним окружающих.

Блестящие описания классиков психиатрии конца прошлого – начала нашего века до сих пор остаются эталонами для профессионального мышления врачей. Попытки же переложить материал с клинического языка на литературно-художественный пока не могут похвастать сколько-нибудь выдающимися успехами. Достаточно вспомнить творчество А. П. Чехова, Э. М. Ремарка, С. Фитцджеральда, чтобы убедиться, что приемами беллетристики внутренний мир больного раскрыть невозможно. Из научно-популярных работ очень известна книга Р. Ленга «Расколотое „*Я*“», изданная в нашей стране лишь в 1995 г., но и она не справилась с задачей, которую поставил перед собой автор. Приходится признать, что расщепление личности в форме схизиса и порожденного им аутизма пока доступны лишь клиническому способу понимания и поддаются описанию на присущем ему языке.

Больной отрешается от обычного мироощущения по трем главным направлениям: отчуждение от аффектов, связанных с социальным существованием человека и обусловливающих его зависимость от людей (аутизм); отчуждение от впечатлений, когда внутренние переживания больного становятся как бы доступны окружающим, открыты для посторонних (психический автоматизм); отчуждение от собственного *Я*, сопровождающееся чувством утраты своей индивидуальности, потери автономности, подчинения внешней воле, интерпретируемой как действие сверхъестественных сил (деперсонализация).

Перечисленные тенденции обнаруживают себя появлением конкретных симптомов. К ним относятся: переживание открытости мыслей или их «вкладывания» со стороны; бред воздействия с ощущением постороннего вмешательства в ход психических процессов; галлюцинации, комментирующие мысли; стойкие бредовые идеи, содержание которых не вписывается в данную социальную культуру (например, идентификация себя с историческим лицом далекого прошлого); разорванность ассоциативного процесса; сглаживание и неадекватность эмоциональных реакций; утрата интересов, бездеятельность; социальная отгороженность; двигательные расстройства (обездвиживание или нелепое, бесцельное возбуждение).

Признаки болезни образуют устойчивые комбинации, что позволяет дифференцировать несколько форм шизофрении: параноидную, где доминирует бред; простую с преобладанием эмоционально-волевого опустошения; кататоническую и гебефреническую с наибольшим распространением признаков болезненно нарушенной моторики. Наличие шизофренического психоза однозначно свидетельствует о неспособности человека нести ответственность в любой ситуации.

Проблемы юридической оценки состояния больного возникают в тех случаях, когда по завершении психоза наступает длительное и стойкое улучшение. При этом обычно говорят о ремиссии: у современной медицины нет оснований констатировать выздоровление, ибо ей неизвестны причины заболевания. Речь может идти лишь о «клиническом выздоровлении», «социальном выздоровлении» и «выздоровлении с дефектом», когда личность в ее обычных социальных проявлениях может полностью контролировать манеру поведения, хотя и остаются некоторая экстравагантность, своеобразие мышления, тревожность, окрашивающая повседневные ситуации, оттенок особого значения, предназначенного исключительно для больного, противоречивость побуждений, утрата целенаправленности, капризность в сочетании с подавленностью духа, утрата интереса к социальной деятельности, сопровождающаяся пренебрежением к своей внешности, бледность признаков невербальной коммуникативности (мимики, модуляции голоса, жестов). Будучи выражены не очень ярко, такие признаки производят впечатление чудаковатости, своеобразия личности, из-за которых схизис и аутизм проступают недостаточно убедительно.

Если врачам известно, что человек в прошлом перенес достоверно установленный шизофренический психоз, такие проявления рассматриваются как признаки дефекта психики, больной признается недостаточно выздоровевшим и на него распространяются нормы и правила диспансерного наблюдения. По мере удаления от психоза круг социальных функций расширяется и ограничения (за некоторым исключением) отменяются. Например, лица с диагнозом «шизофрения» ни при каких обстоятельствах не призываются на военную службу и поставленный им диагноз не пересматривается. Им не дается разрешение владеть оружием, отказывается в получении водительских прав и ограничивается доступ к ряду профессий, перечень которых утверждается правительством. В то же время обычной гражданской дееспособности они не лишаются.

Наличие вины, степень ответственности и возможность нести

наказание за проступок, когда больной находится вне психоза, соотносятся не только с его способностью осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий, понимать их значение и руководить ими, но и с возможностью адекватно реагировать на меру воздействия со стороны закона. В частности, больные шизофренией не подлежат наказанию, связанному с пребыванием в местах лишения свободы. В остальном выбор санкции при наличии вменяемости и дееспособности зависит от внутреннего убеждения суда, который обязан учитывать невозможность полного излечения, но не должен рассматривать факт психоза в прошлом как своеобразную индульгенцию на все случаи жизни.

Диагностика шизофрении до наступления стадии психоза в принципе возможна. Психиатры ориентируются на постепенное нарастание странностей в поведении, снижение продуктивности труда, утрату побуждений, эмоциональное упрощение, апатию, склонность к самопоглощающим переживаниям и т. п. Такой вариант болезни, с описания которого Э. Крепелин начал развивать учение о шизофрении, именуя его «ранним слабоумием», встречается и поныне под названием «простая форма».

Вместе с тем психиатры обычно не торопятся с ранней диагностикой по следующим причинам: во-первых, терапевтические возможности в отношении этой формы очень невелики и пользу могут принести только социальная поддержка и реабилитация; во-вторых, возникает опасность обозначить социально нежелательное как болезненное и этим больше навредить человеку, чем помочь. Поэтому до психоза, когда причудливость мыслительного процесса и разрушение структуры *Я* не сопровождаются признаками шизофрении «первого ранга», т. е. безусловно убедительными, в диагностике отдают предпочтение таким терминам, как «шизотипическое» или «шизофреноподобное» расстройство психики. С их помощью обозначают неадекватную эмоциональность, чудаковатость, эксцентричность, плохой контакт с окружающими со склонностью к отгороженности, странные убеждения и магическое мышление, подозрительность, навязчивые размышления, необычные феномены восприятия с элементами деперсонализации, вычурную речь без разорванности мышления, преходящие расстройства иллюзорного характера. Несомненно, что в таком состоянии человек может нуждаться в помощи для социальной адаптации, но к использованию социальных ограничений нет еще достаточных оснований.

В юридической практике можно столкнуться и с вариантами

так называемых скоротечных преходящих психозов, когда бред, страх, галлюцинации окрашены переживаниями психического автоматизма и деперсонализации, но отсутствуют признаки расщепления психики и личности, свойственные шизофрении. Естественно, врачи испытывают значительные сомнения, к какой форме их отнести, ибо это очень важно для дальнейшей судьбы пациента. Описавший в середине прошлого века подобные состояния Маньян называл их «дегенеративными психозами». С тех пор взгляды на природу данного феномена не раз менялись, и теперь его предпочитают относить к разряду шизофреноподобных психозов или психотических расстройств шизотипического круга.

Таким образом, при получении врачебного заключения с названием болезни, где первым корнем сложного слова является «шизо», юристу следует помнить, что суффикс способен придать медицинской информации разное содержание. Болезни как признака стойкого регресса психики нет у лиц, перенесших психоз «шизофреноподобный», а при «шизотипическом» изменении личности о юридическом значении термина можно говорить с большой натяжкой.

Маниакально-депрессивный психоз поражает аффективную сферу. Как и шизофрения, он не имеет научно обоснованной теории происхождения. Непреложным остается лишь тот факт, что у некоторых людей (не более 2–3 человек на 1000 населения) бывают состояния, когда витальные эмоции без внешнего повода меняют настроение до степени, лишающей человека способности разумно и рационально адаптироваться в окружающей социальной среде. Такие эпизоды имеют тенденцию повторяться, меняя эмоциональный знак, хотя не исключено повторение и однотипных по содержанию приступов.

Маниакальный эпизод начинается повышенным настроением и увеличением объема и темпа физической и психической активности. На этом фоне отмечаются разговорчивость, фамильярность, повышенная сексуальная активность, снижение потребности в еде и сне, нередко сопровождаемые вызывающим поведением. Внимание становится рассеянным, что мешает полноценному труду и отдыху.

Настроение, приподнятое неадекватно, а порой и вопреки обстоятельствам, может варьироваться от беспечной веселости до почти неконтролируемого возбуждения: энергичность сменяется суетливостью, социальное торможение утрачивается, самооценка растет, поведение становится все более легкомысленным и экстравагантным. Больной транжирит свои и чужие средства, берет обязательства, не обеспеченные никакими гарантиями, и т. д.

Психическое заболевание на этой стадии, строго говоря, не лишает человека способности осознавать фактический характер своих действий, но вызывает затруднения в управлении поступками, так что суду, особенно в тех случаях, когда болезненный приступ не очень тяжел, приходится считаться не только с фактом патологически повышенного настроения, но и с остальными обстоятельствами, включая тяжесть содеянного, интересы второй стороны и др.

Ситуация много упрощается для юриста, когда к эмоциональным расстройствам присоединяется патология в когнитивной сфере: повышенная самооценка перерастает в бред величия, раздражительность сменяется подозрительностью, речевой напор переходит в скачку мыслей. Пренебрежение сном и пищей ведет к физическому истощению. Возможно и появление иллюзий. Естественно, что в свете развернувшегося психоза оценить поведение больного на ранних стадиях заболевания бывает много легче.

Порою психоз разворачивается одновременно в двух сферах: аффективной и когнитивной, что не позволяет сделать уверенный выбор ни в пользу маниакально-депрессивного психоза, ни шизофрении. Больной находится в приподнятом состоянии духа, но его бредовые идеи связаны с преследованием, внешним воздействием, сопровождаются галлюцинациями, не лишенными элементов психического автоматизма с ощущением влияния сверхчеловеческих сил, и т. п. В таких случаях используется понятие «шизоаффективный психоз» (появление в медицинских документах подобных диагнозов не должно удивлять работников правосудия, поскольку в психиатрии термины больше соединяют, чем разделяют болезненные феномены).

Маниакальное состояние длится от 2 недель до 4–5 месяцев и требует терпеливого лечения и немалых сроков социальной и медицинской реабилитации.

Депрессивный эпизод, как и маниакальный, может достигать разной глубины поражения психики: от утраты интересов и чувства удовольствия, снижения энергичности до бредовых идей самоуничижения, греховности, духовного обнищания и устойчивого стремления к самоубийству, мотивированного ненавистью к самому себе. Клиническая картина депрессии включает в себя следующие базовые признаки: снижение возможностей активного внимания; низкая самооценка и потеря уверенности в себе; пессимистическое видение будущего; мрачное настроение; идеи виновности; нарушенный сон; сниженный аппетит и равнодушие к пище; влечение к самопожертвованию или самоубийству. Перечисленные признаки обнаруживают себя

изменившимся отношением к жизни, потерей удовольствия от того, что прежде доставляло радость, ранним пробуждением от сна с чувством тяжести на душе, нежеланием за что-либо приниматься, исчезновением либидо.

Человек с легкими депрессивными расстройствами поначалу бывает обеспокоен изменением самочувствия и старается преодолеть возникшие в работе и жизни затруднения доступными ему средствами, в том числе с помощью алкоголя. Что, кстати сказать, совершенно не помогает. Нередко он активно ищет у себя признаки физического заболевания, придавая состоянию ипохондрический оттенок. Далее вялость и апатия переходят в заторможенность, чувство никчемности – в идею самоуничижения; мысль о смерти приобретает характер сильного стремления. В таком состоянии больной может раздавать имущество, уходить из дому, отказываться от пищи, использовать любую возможность для реализации суицидальных намерений.

Для юристов случаи эндогенной депрессии особенно сложны, так как больной часто старается маскировать истинные намерения и мысли здравыми по форме рассуждениями. «Ясность мысли» может ввести в заблуждение судью при решении вопроса о недобровольном оказании психиатрической помощи или рассмотрении ходатайства о прекращении стационарного лечения. Развязка наступает быстро, как только больной оказывается вне сферы психиатрического надзора. Чаще всего это бывает самоубийство, но может быть и «расширенное самоубийство», когда больной (чаще больная) из гуманных побуждений лишает жизни своих детей, чтобы те не мучились в жизни, переняв от него (нее) греховное начало.

Расстройства настроения, не связанные с внешними обстоятельствами, но недостаточно глубокие, чтобы их можно было отнести к клиническому случаю, остаются на уровне индивидуальных особенностей личности. При этом эпизоды приподнятости духа, доставляющие удовольствие, как правило, не доходят до врача, а подавленное состояние трактуется больным как следствие физического нездоровья и заканчивается ипохондрической активностью. Если же врачу приходится лечить такого пациента, обычно используются диагнозы «циклотимия» или «дистимия». Слово «тимия» происходит от названия вилочковой железы (thimus), располагающейся за грудиной. Древние греки считали ее местом обитания чувств.

Эпилепсия среди душевных болезней выделяется психозами в сфере сознания. Вообще-то она представляет собой хроническое заболевание нервной системы, которому подвержены 9–10 человек на 1000 населения, и психические расстройства при ней

отмечаются лишь в 4–5 % случаев.

Эпилепсия занимает особое место среди психических расстройств. К душевным болезням ее относят не по признаку разрушения личности (диапазон работоспособности при ней, как заметил Н. Н. Бурденко, колеблется от полной инвалидности до полной работоспособности, даже гениальности). Скорее всего логика врачебного мышления исходит из установления сходства по признаку отсутствия причины (этиологии). Науке неизвестны механизмы, которые приводят к типичным изменениям психики, возникающим в связи с судорожными припадками, так что относить их (психические расстройства) к определенному радикалу нет достаточных оснований. Вот и остается эта болезнь в рубрике, где ей, строго говоря, не место.

Ведущим признаком заболевания является так называемый большой эпилептический припадок. «Мощной дланью богов повержен несчастный и корчится в пыли», – примерно так описывали старые авторы «падучую болезнь». С течением времени классификация припадков значительно усложнилась. Типичный, или классический, приступ, когда человек совершенно неожиданно, в любой обстановке (в воде, у огня, в общественном месте) теряет сознание и падает навзничь от мгновенного спазма мышц тела, а через 20–40 секунд начинает биться в судорогах, наступающих от хаотического сокращения разных групп мышц, прикусывая язык, истекая слюной и упуская мочу, сегодня встречается редко. Успехи фармакологии позволили свести к минимуму риск повторных припадков, и грубые проявления эпилепсии наконец отошли в прошлое. Приступы с потерей сознания и судорожным компонентом в картине обморока можно чаще наблюдать у больных, перенесших травму мозга, тяжелую интоксикацию, страдающих тяжелыми формами сосудистых заболеваний. Тем не менее, бесприпадочные пароксизмы, реализующие себя в психике, остались.

Из них самым легким, но и самым коварным расстройством является транзиторная потеря сознания в ходе деятельности. Такое состояние, получившее название «обнубиляция» (облако) или «эквивалент припадка», не сопровождается судорогами. Оно выражается в очень непродолжительной, не более нескольких секунд, потере контакта с действительностью. Человек застывает в одной позе, взгляд становится бессмысленным, любая деятельность прерывается, хотя без утраты тонуса мышц поза может сохраняться. Придя в себя, он продолжает прерванное занятие с того момента, когда был застигнут приступом, не замечая сбоя во времени. Легко себе представить последствия такого расстройства, если страдающий им человек управляет

объектом повышенной опасности, движущимся с высокой скоростью. Во всяком случае, ограничение доступа для больных эпилепсией ко многим профессиям, думается, вполне обосновано даже при отсутствии развернутых припадков.

Более тяжелые расстройства сознания выглядят как эпизоды, когда человек совершает довольно сложные действия, пребывая в необычном состоянии. Это могут быть периоды автоматизированного поведения (трансы), в процессе которых больной, например, оказывается в незнакомом месте или там, куда не намеревался идти, не сохранив в памяти своего маршрута. Иногда отключение от реальности протекает с переживанием озарения. (Один из моих пациентов, идя по зимнему лесу, «увидел», что небо раскрылось, все озарилось необычным светом, из «расщелины» стали спускаться инопланетяне, навстречу которым он полез по столбу линии электропередачи.).

Естественно, такое помрачение сознания в любом случае расценивается как психоз. Могут быть и более мягкие расстройства, когда человек сохраняет способность действовать более или менее целесообразно, но впоследствии не в силах воссоздать пережитое. Такие провалы памяти в клинике эпилепсии тоже описаны, но чаще всего их можно встретить в детективных сюжетах.

Судебная психопатология конца XIX – начала XX в. много внимания уделяла «пароксизмам в эмоционально-волевой сфере – дисфориям», рассматривая их в качестве эквивалента эпилептического расстройства, когда «накатывает тоскливо-злобное настроение», ищущее выхода в действии. Властное (компульсивное) влечение к «выплеску» тоскливо-злобного настроения может вылиться в разного рода деликты. В частности, в условиях заключения, когда нет физической возможности на чем-то (или ком-то) сорвать зло, люди с такой патологией иногда совершают самопорезы, объясняя это тем, что «потекло – и полегчало».

В последующие годы судебная практика значительно реже связывала немотивированную агрессию с эпилепсией, предпочитая более сложные объяснения психологии импульсивного антиобщественного влечения, но в ряде случаев предположения о возможности этого заболевания должны быть обязательно проверены.

К концу XX в. феноменология явления, обозначаемого термином с корнем «эпилеп», заметно расширилась за счет психологии. Возникла реальная угроза получить тяжелый (в глазах непросвещенной общественности) диагноз при

сравнительно деликатных отклонениях в характере или индивидуальных свойствах протекания психических процессов. Здесь при отправлении правосудия нужно всегда быть настороже, прислушиваться к мнению специалиста.

Термин «эпилептоидная акцентуация характера» вобрал в себя всего лишь сильную волю в сочетании с замедленным темпом психических процессов («вязкость» эмоциональных реакций, «тягучесть» ассоциаций, «застойность» восприятия). Субъект такого склада любит жить и работать один или по заведенному им порядку, когда каждый человек и каждая вещь знает свое место. Ему неприятно общение с людьми, у которых скорость психических процессов выше, чем у него, что вполне понятно: кому понравится компания болтливого торопыги? Но мы-то от подобного контакта можем уклониться, а ему идти некуда, ибо для него все окружающие таковы. Естественно, время от времени его хроническое недовольство проявляется приступами раздражения, которые прорываются сквозь стремление скрыть их (замаскировать готовностью услужить), что дает наивным людям основание предполагать коварный замысел, скрываемый ханжеской манерой поведения.

К сожалению, такие эпитеты, как «злопамятность», «жестокость», «черствость», кочуют при описании эпилептоидной акцентуации характера из одного психологического руководства в другое, будучи в свое время некритично заимствованы из криминальной психопатологии XIX в. представителями академической психиатрической мысли, плохо представляющими себе социальные последствия клинической оценки обыденных явлений. Достаточно вспомнить о страданиях так называемых вялых шизофреников периода борьбы за единомыслие общества, чтобы посочувствовать нынешним жертвам «тестовой психологии», среди которых носители эпилептоидных черт характера самые уязвимые.

Эпилептоидная психопатия тоже встречается в диагностической лексике. Чаще всего это означает, что описанные индивидуальные свойства психического склада представлены у человека в крайней форме: перепады настроения (дисфории) субъективно тягостны, конфликты сопровождаются аффектами, заметно снижающими возможность руководить своими действиями; эксцессы выходят за социально приемлемые границы. Если к ним добавляются признаки нравственного недоразвития личности в целом, вероятность социально отклоняющегося поведения становится достаточно высокой.

Наличие припадков далеко не всегда означает ухудшение психических свойств (вспомним историю жизни Ф. М.

Достоевского). Неврологический компонент болезни как основание для трудовых и социальных ограничений рассматривается экспертной практикой сам по себе в зависимости от частоты и характера приступов. Психические же отклонения чаще всего не влекут за собой каких-либо конкретных судебных решений. И это неудивительно, так как основополагающие юридические критерии (сознание и воля) остаются нетронутыми. Тем не менее эпилептоидные черты влияют на мотивы поведения, и порой весьма значительно.

2. Радикалы

Радикалы представляют собой расстройства, которые возникают вследствие болезненных изменений внутренней среды организма или тканей самого мозга, когда такие обобщающие феномены психической деятельности, как личность и душа, остаются недосягаемыми для поражения.

Мозговые дисфункции возникают в результате травм головы, воспалительных процессов, нарушений кровообращения, т. е. в случаях, когда нервные клетки в той или иной степени разрушаются. Причем для того, чтобы поставить соответствующий диагноз, не обязательно достоверно подтверждать факт внешнего воздействия. Человек может получить повреждение, будучи младенцем, или не знать о текущем заболевании, но расстройства его психики все равно можно скомпоновать в типичные комплексы признаков (синдромы) и на их основании с уверенностью говорить о наличии «органической недостаточности центральной нервной системы».

Ключевой показатель, свидетельствующий о наличии мозговой дисфункции, – сочетание активности и истощаемости (расторможенности и астении) в комбинациях, зависящих не столько от поражающего фактора, сколько от возраста больного.

Например, у ребенка преобладает неудержимая двигательная и психическая активность при быстром истощении внимания, что нередко производит впечатление раздражительной и назойливой суетливости. Такая картина поведения создает множество проблем воспитания, особенно в организованном детском коллективе. Если при этом память и мышление достаточно сильны от природы и хорошо развиты усилиями близких, дети успевают комбинировать наспех получаемые впечатления и более или менее устойчивые знания и навыки. Когда же собственные задатки психической деятельности невелики, то слабость познающей воли быстро сворачивает мышление на путь бесцельной мечтательности, а расторможенность в сфере инстинктов обычно создает воспитанию весьма серьезные помехи. К тому же расстройства психической адаптации нередко сопровождаются нарушениями нервной деятельности, такими как плохой сон (удлинение периода засыпания, отражение в снах событий предшествующего дня, устрашающие сновидения, сноговорения), ночное недержание мочи (энурез), заикание при волнении (логоневроз), страх темноты, обмороки при виде крови, тошнота и головокружение в духоте, особенно при вестибулярной

нагрузке.

В зрелом возрасте на первый план выдвигается слабость активного внимания, организующего целенаправленную деятельность. Так, при появлении препятствий к достижению цели или необходимости долго заниматься одним и тем же делом быстро нарастает психическое напряжение, разряжающееся либо гневливостью, либо отчаянием. Нередко психическая истощаемость сопровождается головной болью, повышенной чувствительностью к раздражителям (свету, звуку, запаху). Алкоголь даже в небольших дозах вызывает тяжелые формы опьянения.

Ближе к старости в картине органической недостаточности мозга начинают преобладать признаки слабодушия: мышление теряет способность подолгу удерживать причинно-следственные связи между событиями жизни, память легко соскальзывает в мир фантазий, гневливость и плаксивость сменяют друг друга без паузы, теряется критичность по отношению к своим возможностям, слабеет воля к жизни.

Примитивизация представлений о социальных ролях обычно относится к так называемой лобной симптоматике, т. е. признакам поражения лобных долей больших полушарий головного мозга, с деятельностью которых связывают представления об этических свойствах личности. Она проявляет себя изменениями в сфере эмоций, влечений и потребностей. У человека возникают затруднения в планировании и предвидении последствий (для себя и общества) не совсем адекватных поступков. Эмотивное поведение отличается плоской шутливостью, легко переходящей в раздражительность с оттенком злобы и агрессивности. Влечения могут производить впечатление обнаженных инстинктов: прожорливость, неадекватные сексуальные притязания, воровство и т. п.

Но при всем своеобразии индивидуальных проявлений клинической картины у разных людей болезнь сохраняет человеку главное – способность исходить в своих поступках и намерениях из собственной воли. Она лишь накладывает отпечаток на стиль поведения, вынуждает считаться с болезненно измененной психикой, либо препятствующей в достижении желаемого, либо осложняющей отношения реакциями, не вытекающими из внешних обстоятельств.

Астенические состояния при хронических болезнях знакомы любому человеку, которого хоть раз в жизни голод лишал энергии, тяжелая работа обессиливала, воспалительные заболевания истощали и т. п. Обычно для восстановления сил нам хватает более или менее продолжительного отдыха, но может

случиться, что болезнь не проходит, а отдохнуть невозможно (например, у кормящих матерей, когда уход за ребенком лишает сна; при затяжных и хронических заболеваниях; в условиях военной службы, не позволяющей рассчитывать на полноценный отдых).

Если же фактор соматической слабости усугубляется эмоциональным истощением, психические отклонения возникают непременно. Они бывают выражены в разной степени и далеко не всегда заслуживают названия психопатологии, но если тяжесть состояния достаточна, круг симптомов очерчивается достаточно ясно. Активная воля, нацеленная на реализацию собственных стремлений, уступает место пассивной подчиняемости и склонности следовать внешним обстоятельствам. Мышление утрачивает цепкость, т. е. готовность соотносить конкретное с абстрактным, оценивать значение событий по общим правилам, вникать в скрытый смысл происходящего. Оно выскальзывает из жестких логических рамок в мир воображения и слепого доверия эмоционально значимым впечатлениям. Чувства обостряются, когда речь идет о сиюминутных впечатлениях, особенно если они окрашены угрозой или огорчением, и притупляются при необходимости ориентироваться на отдаленные результаты. В итоге появляется равнодушие к риску, ослабевает инстинкт самосохранения и человек может действовать легкомысленно, «очертя голову» и «махнув рукой на последствия».

С такого рода мотивацией приходится иметь дело в некоторых случаях дезертирства из армии, самооговора, детоубийства и т. п. Строго говоря, смягчение вины по основанию «стечение тяжелых личных и семейных обстоятельств» ориентировано именно на состояния, когда проблемы и огорчения падают на астенически измененную почву. Законодатель учитывает, что ослабевшая воля к сопротивлению способна изменить установки личности, которые требуют постоянной концентрации внимания и осмысленного контроля над собой: дисциплину, чувство долга, ответственное отношение к делу, хорошие манеры и даже страх наказания. Другими словами, там, где необходимо внутреннее усилие для того, чтобы удерживать свои побуждения в рамках социально приемлемого поведения, мысли – в строю формальной логики, а потребности – в интересах общества.

Ключевым признаком, позволяющим установить факт влияния астении на мотивы поведения, выступает ослабление внутренних позиций личности, то утомление, которое человек испытывает при удержании ролей, избранных им в качестве выразителей собственного *Я*, а ориентиром – те способы,

которыми он при этом пользуется. Это может быть пессимизм, пустая мечтательность, уход в мир навязчивых условностей, переключение на поиск у себя несуществующей болезни, угнетенное состояние духа с оттенком самоуничижения, отказ от сотрудничества или даже сосуществования с людьми и др.

Снижению когнитивной продуктивности свойственны нарушения высших корковых функций, включая мышление, речь, ориентировку, понимание, счет, способность к обучению. Оно дает о себе знать сужением кругозора, тенденцией использовать старые штампы в новых ситуациях, склонностью мыслить образами, быстрым утомлением при необходимости интеллектуального напряжения. Нарушение интеллектуального функционирования в повседневной жизни может сопровождаться неряшливостью и утратой прежних социальных привычек.

Мнестические расстройства в типичных случаях касаются регистрации, хранения и воспроизведения новой информации. Ранее приобретенный и знакомый материал также может утрачиваться, но значительно медленнее и только в тяжелых случаях на поздних стадиях заболевания. Слабость произвольной памяти повышает значение эмотивно окрашенных ассоциаций, обусловливает появление конфабуляций, сочетаясь с тревожным настроением, порождает подозрительность, ожидание ущерба.

Радикалы определяют фон, на котором разворачиваются личностные реакции. При этом психические расстройства могут не проявляться отчетливо и не выходить за рамки индивидуальных особенностей, требующих разве что снисходительного отношения. Когда их роль становится заметнее, личности приходится затрачивать определенные усилия для удержания реакций психики в приемлемых границах. Иногда они выходят из-под личностного контроля и выступают в качестве болезней, нуждающихся в лечении.

Последствия травмы

Люди, перенесшие травму мозга, могут страдать расстройствами психической деятельности, тяжесть которых зависит от восстановительных способностей центральной нервной системы и сроков давности, с одной стороны, и отношения к обстоятельствам, связанным с получением травмы, – с другой.

В *остром периоде*, развивающемся в первые часы и дни после поражения, на первом плане находятся расстройства сознания. Сначала они лишают человека способности к любому действию (кома, сопор), однако встречаются случаи, когда сознание лишь сужается, оставляя возможность привычного автоматического

поведения. Типичный пример – состояние солдат, контуженных по ходу боя. Нередко они продолжают выполнять свои задачи, но теряют способность отвлекаться, переключаться, критически оценивать обстановку, а в дальнейшем забывают о многих деталях.

В *подостром периоде*, по выходе из бессознательного состояния, самым уязвимым местом становится внимание. Утомляемость, раздражительность, затруднения, испытываемые при сосредоточении и выполнении умственных задач, слабость кратковременной памяти, сниженная сопротивляемость стрессу, эмоциональным нагрузкам, повышенная чувствительность к алкоголю обычно отмечаются на протяжении нескольких недель, постепенно убывая. При этом тревога, вызванная опасениями за свое здоровье и работоспособность, усиливает болезненные переживания и затягивает выздоровление. Она может стать причиной ипохондрической установки на «уход в болезнь».

В период войн, которые по справедливости называют «травматическими эпидемиями», предвзятое отношение к остаточным явлениям травмы встречается особенно часто. В обыденной жизни с подобными явлениями приходится сталкиваться, например, при установлении размеров компенсации за травму на производстве.

Отдаленные последствия травмы дают о себе знать симптомами общего снижения продуктивности психики и адаптивности характера. Интеллект чаще всего не претерпевает существенных изменений, но продуктивность труда падает из-за отвлекаемости, раздражительности, низкой фрустрационной выносливости; усилия произвольной памяти быстро вызывают головную боль; увеличивается склонность использовать привычные штампы, чтобы избежать обучения новому; кратковременная память иногда не в состоянии обеспечить ориентировку вплоть до того, что больной не покидает дом, опасаясь заблудиться. Эмоциональная жизнь окрашивается своеобразным сочетанием легкомысленности и раздражительности. Потеря чувства дистанции и вытекающая отсюда фамильярность могут ставить окружающих в неловкое положение. Иногда легкомысленное распоряжение имуществом вынуждает родственников хлопотать об опеке.

Импульсивность, вздорность, плохая социальная адаптация, утрата социальных навыков в сочетании с забывчивостью и внушаемостью могут существенно изменить образ жизни человека после травмы. Реабилитация таких больных требует известных ограничений, а установление границ ответственности за совершенные ими поступки – учета реальных возможностей

личности.

Особенно заметны отдаленные последствия травмы у ветеранов непопулярных войн, в чем пришлось убедиться в последние годы. Дело в том, что правительства США и СССР легкомысленно распространили на ветеранов вьетнамской и афганской войн (соответственно) стиль обращения, выработанный ими после второй мировой войны, когда солдат встречали как героев, а они стремились быстро адаптироваться к жизни без посторонней помощи. Однако, как заметила В. Токарева, раны проигранных войн болят иначе. Столкнувшись с равнодушным отношением к себе народа, не лишенным известной доли морального осуждения, контуженные ветераны не только не старались преодолеть остаточные явления травмы, но и более или менее откровенно шли на демонстрацию социальной инвалидности. Пресловутый «вьетнамский синдром» подтвердил, что наблюдения старых авторов за «рентными установками» у раненных в голову и контуженных, несколько забытые в горниле мировых войн XX в., становятся повседневной юридической реальностью.

Сосудистые расстройства. Заболевания кровеносных сосудов в форме атеросклероза и гипертонической болезни приводят к нарушениям циркуляции в тканях кислорода и питательных веществ. Это вызывает снижение функциональных (в том числе психических) возможностей организма, порождает своеобразное сочетание мнестических и эмоциональных нарушений. Атеросклероз опасен для психики в первую очередь тем, что фильтрация из крови церебральной жидкости происходит в сосудистых сплетениях, стенки которых особенно чувствительны к уплотнению. Приток питательных веществ уменьшается, и тут дают о себе знать функциональные особенности строения центральной нервной системы. Структура мозга в процессе эволюции менялась поэтапно. Над древними центрами регуляции физического жизнеобеспечения надстраивались «этажи», управляющие поведением, а над ними – владеющие собственными побуждениями (характер и личность). Так что легко представить себе, что страдать от недостатка питания будут в первую очередь именно последние (новейшие в филогенезе). Как заметил Крафт-Эбинг в своем руководстве по судебной психиатрии, приходится считаться с ослаблением или деформацией руководящих нравственных принципов, неспособности к оценке соответствующего поступка или способов его совершения, исходя из нравственных критериев.

Со временем этическое оскудение уступает место расстройствам памяти. Прежде всего страдает произвольное

припоминание. Кратковременная память на текущие события (от нескольких минут до нескольких дней) нарушается, что вызывает специфическую антероградную (забывание текущих событий) амнезию. Память становится «прорешливой» и заполняется конфабуляциями с помощью логики, привычек и сложившихся стереотипов. До известной степени это позволяет какое-то время избегать растерянности и неловкости в общении, но с усилением тяжести болезни, обычно связанным с большими тромбозами и разрывами сосудов, больной постепенно переходит из реального мира в прошлое. Становясь эгоистом в повседневной жизни, человек смещает свои эмоции на воспоминания о людях и событиях прежних лет, подробности которых всплывают в его памяти до мелочей, недоступных произвольному усилию сознания. Необходимость соприкасаться с действительностью может провоцировать возникновение тревоги.

Перед лицом правосудия больные с церебральными расстройствами сосудистого происхождения появляются, как правило, в связи с сомнениями в их способности составить завещание или оформить акт дарения в предвидении возможной смерти. Юрист обязан установить, знает ли человек источники и размеры своей собственности, которой намерен распорядиться, понимает ли, какую именно собственность он передает получателям или завещает, кто конкретно является ее получателем. Иногда родственники обращаются в суд с ходатайством о назначении опеки на более ранних стадиях развития склеротического процесса, опасаясь, что имущество будет легкомысленно растрачено из-за «ослабления способности противодействовать влечениям», а больной, предоставленный сам себе, окажется в беспомощном положении. В этом случае суд ориентируется на традиционные критерии недееспособности.

Атрофические болезни стареющего мозга (болезни Альцгеймера, Пика) вызваны омертвением мозговой ткани из-за накопления в нервных клетках белковых тел, имеющих патологическую структуру. В отечественной психиатрии эти заболевания диагностируются сравнительно редко, что связано с традицией рассматривать аномально протекающую старость под углом зрения склеротических расстройств. Однако за рубежом, в частности в Америке, считается, что не менее 65 % лиц из числа тех, кто старше 65 лет, обнаруживают признаки вызванной данными недугами старческой деменции.

Сначала отличия от нормально протекающей старости бывают не очень заметны и проявляются в виде прогрессирующего снижения интеллектуальной, социальной и профессиональной эффективности, что в преклонном возрасте

неудивительно. Затем признаки органической недостаточности мозга становятся все заметнее. На первый план выходят грубые расстройства памяти и узнавания. Окружающим становится все труднее втолковать человеку что-либо, так как все, казалось бы, усвоенное, исчезает прямо на глазах. Обыденный случай такого рода выглядит примерно так.

> *Старушка (женщины страдают болезнью Альцгеймера в несколько раз чаще мужчин) едет в трамвае, глядя в окно с детским любопытством уже достаточно долго. Пассажиры, чувствуя неладное, включаются в ситуацию. Она объясняет, что едет в такой-то микрорайон. Ей разъясняют, где она должна сойти и куда потом идти. Она благодарно кивает головой. Проходит несколько минут. И вдруг она вновь обращается к тем, кто ей только что все рассказал, явно не узнавая их, как найти адрес, который почему-то засел у нее в памяти. Объяснения могут повторяться до бесконечности.*

Естественно, это уже крайний вариант, когда недееспособность человека очевидна. Но на ранних стадиях болезни многое бывает скрыто памятью привычек. На простое и обыденное больной реагирует штампами и стереотипами вроде бы адекватно, так что отсутствие памяти дат, событий и чувств можно и не заметить. Здесь от юристов требуется известная проницательность.

По своему юридическому значению психические расстройства в результате атрофических процессов в мозгу напоминают атеросклеротические и имеют отношение главным образом к решению вопросов дееспособности, хотя нарушения ориентировки могут приводить и к грубым отклонениям в поведении (например, развращению малолетних). В случае социально опасного поведения вопрос об ответственности безусловно решается в пользу невменяемости, а больные нуждаются не столько в принудительном лечении, сколько в содержании в учреждениях социальной защиты, ибо слабоумие будет только нарастать (болезнь Альцгеймера неизлечима).

Инфекционные поражения мозга сами по себе встречаются редко, по той причине, что механизм фильтрации из крови церебральной жидкости, питающей мозг, удерживает почти всех возбудителей болезней, за исключением нескольких видов вирусов, из которых наиболее известен вирус клещевого энцефалита. Психические же расстройства после перенесенного воспаления отмечаются еще реже и не имеют сколько-нибудь

типичной клинической картины. В зависимости от тяжести поражения речь идет о таких расстройствах, как недомогание, раздражительность, рассеянность внимания, снижение когнитивной продуктивности, примитивизация социальных установок вплоть до выраженного психоорганического синдрома, способного сделать человека полным инвалидом.

Гораздо более известны психиатрии сифилис мозга и его разновидность – прогрессивный паралич. По данным отечественного психиатра Л. Л. Рохлина, во многих странах больные с таким диагнозом составляют 5–10 % общего числа поступивших в психиатрические больницы. С момента заражения сифилисом до начала заболевания проходит большой промежуток времени (в среднем 10 лет). Мозговое расстройство протекает очень злокачественно и без лечения через 4–5 лет заканчивается смертью. Эффективного метода лечения прогрессивного паралича до сих пор не найдено, и максимум, что может обещать врач, – это замедлить разрушительный процесс.

Болезнь начинается исподволь, на первых порах напоминая астению со свойственными ей слабостью активного внимания, истощаемостью психики, раздражительностью. Такое состояние длится довольно долго, но за этим фасадом неуклонно нарастают признаки огрубения личности больного с утратой присущего ему такта, шокирующим легкомыслием относительно принятых норм поведения. Между возникшим намерением и его осуществлением выпадает этап взвешивания мотивов, предварительного обдумывания. Отсюда нелепые поступки, обнажение влечений и их реализация в самых недопустимых формах и без какого-либо учета условий. Далее катастрофически нарастает слабоумие, отличительная черта которого – бред величия и общий подъем духа. Окончательная беспомощность, вызванная атрофией мозга, не заставляет себя долго ждать, и больной умирает в состоянии маразма.

Юридическое значение прогрессивного паралича однозначно нет никакой надежды, что человек в перспективе будет в состоянии понимать значение своих действий, а если отношения, требующие правового регулирования, возникли на ранних стадиях заболевания, следует исходить из факта хронического процесса с неблагоприятным прогнозом.

Интоксикационные психозы, связанные с употреблением наркосодержащих веществ, описаны в гл. 10.

* * *

Мы рассмотрели состояния, при которых органический радикал патологически измененной почвы либо явно доминирует, либо вообще исчерпывает содержание клинической картины. Эти яркие примеры встречаются в юридической практике, хотя и не очень часто. В повседневной работе судам приходится, как правило, иметь дело с людьми, у которых радикалы выражены неброско, в качестве компонента состояния, усугубляя расстройство адаптации или утяжеляя течение других болезней.

3. Конституции

Функциональные способности у разных людей к обучению (как в интеллектуальном, так и в нравственном отношении) безусловно отличаются. И если на бумаге или в форме политического лозунга легко провозгласить, что «все люди принципиально способны к культурному развитию», то факты неумолимо утверждают – в обычных условиях жизни некоторые из них остаются «культурно неразвитыми и лишенными высших психических функций» (Л. Выготский). Именно за таких людей община многие века несла коллективную ответственность и выступала перед лицом закона субъектом права, когда кто-либо из ее членов подлежал наказанию за нищенство или бродяжничество, а после того как ее роль в Европе ослабла, право долго не могло найти адекватный статус для тех, кто без посторонней помощи неизбежно оказывался на обочине жизни.

История этих поисков не только интересна, но и поучительна. По ней можно проследить, как общество постепенно освобождалось от варварского пренебрежения к неудачнику, от обывательского стремления отгородиться от неприспособленных людей, от лицемерного равенства на словах и двигалось к тому, что принято называть интеграцией в социум всех родившихся. Если бы позволял объем данной работы, мы проследили бы извилистый путь, по ходу которого биология, медицина и психология не раз меняли свои позиции, откликаясь на ожидания политиков вопреки строгой логике научного знания, и отметили бы, к чему это приводило в реальной жизни. Однако упреки прошлому заняли бы слишком много места, и нам остается лишь напомнить, что борьба мнений в становлении нынешнего гуманизма давалась нелегко и часто имела весьма драматические последствия.

А. Ф. Кони писал, что «наследственность, несомненно существующая в большинстве случаев как почва для дурных влияний среды и неблагоприятных обстоятельств, является лишь эвентуальным фактором преступлений и ее нельзя рассматривать с предвзятой односторонностью и чрезвычайными обобщениями, приводящими к мысли об атавизме, в силу которого современное общество, по мнению итальянских антропологов-криминалистов, заключает в себе до 40 % всех обвиняемых, представляющих запоздалое одичание, вся задача в отношении которых сводится к устранению их из житейского обихода». Несмотря на изначальную понятность этой мысли, отношение к психически аномальным людям многие годы оставляло желать лучшего.

Достаточно вспомнить, что еще УК РСФСР 1922 г. содержал упоминание об «умственно отсталых и морально дефективных», а в 1936 г. постановление ЦК ВКП(б) «О педологических извращениях в системе Наркомпросов» запретило дискриминацию по признаку врожденной психической недостаточности.

Да и сегодня проблему «фенотипической экспрессии генотипического» в сфере психических возможностей человека нельзя считать исчерпанной. Здесь высказаны разные точки зрения. Мы же остановимся на версии, близкой юридическому пониманию аномального как дефицита развивающих потребностей личности и недостатка способностей для их удовлетворения. Все это вызывает ущерб воли, который затрудняет социальную адаптацию лица (препятствует ему в полной мере осознавать фактический характер и социальные последствия своих действий или руководить ими).

Умственная отсталость

Недостаток умственных способностей имеет широкий диапазон значений: от полной непригодности к жизни до более или менее условных отклонений от общепризнанных стандартов. Между этими вехами цивилизация установила ряд промежуточных рубежей в соответствии с законами природы и требованиями к человеческому фактору со стороны научно-технического и социального прогресса.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), 3 % современных детей рождаются умственно отсталыми, а 10 % характеризуются так называемой пограничной умственной отсталостью, не препятствующей социальной адаптации, но создающей серьезные проблемы в учебе и овладении профессией.

Олигофрения – врожденное слабоумие, которое с детства делает психику человека «совершенно не похожей на психику нормального человека» (С. Я. Рубинштейн).

В крайнем варианте (*идиотия*) ребенок не поддается воспитанию и в дальнейшем ведет растительную жизнь в учреждениях социального обеспечения. Предоставленные сами себе, такие люди безусловно погибают.

Имбецильность – более легкая степень отсталости – тоже означает инвалидность с детства, основание для признания недееспособности и назначения опеки, но минимальные социальные способности позволяют таким людям удерживаться в семьях. Они могут освоить элементарный счет и обладать запасом слов, достаточным для примитивного общения, хотя чтение и

письмо остаются за пределами их возможностей. Тем не менее, практический опыт формирует у них простейшие социальные и трудовые навыки, как у детей дошкольного возраста, которым можно доверять кое-что в быту. Они даже могут хитрить в свою пользу по-детски наивно и недолго.

С годами возможность оказаться без присмотра и действовать независимо увеличивается, что делает имбецилов вероятными жертвами преступных посягательств, хотя откровенная беспомощность обычно останавливает даже отъявленных негодяев, разве что преступниками выступают подростки, не успевшие прозреть в нравственном отношении.

Дебильность – вариант врожденного слабоумия, не исключающий возможности жить без посторонней помощи, Этот термин охватывает и тяжелые формы, которые сильно ограничивают работоспособность вплоть до инвалидности, и средние, когда психика справляется с проблемами обыденной жизни, и легкие, где хорошим воспитанием можно достичь адаптации на вполне приличном уровне. Так, в СССР в 70-е гг. олигофренов легкой степени дебильности даже призывали на военную службу в нестроевые подразделения.

Дебилов обучают в специальных коррекционных школах VIII вида, где программа базового образования соответствует пяти классам общеобразовательной (без дисциплин, требующих отвлеченного мышления). Задача педагогов-дефектологов – привить детям «прочные привычки, хорошие и надолго» (Ж. И. Шир). Содержание ученика во вспомогательном образовательном учреждении обходится государству в несколько раз дороже, чем в обычной школе, поэтому право ребенка с ограниченными умственными возможностями на «специальные образовательные стандарты» гарантировано указаниями законов о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании и об образовании лиц с ограниченными возможностями здоровья (пока что имеется лишь модельный закон «Об образовании лиц с ограниченными возможностями здоровья», принятый 07.12.2002 г. на пленарном заседании Межпарламентской Ассамблеи государств – участников СНГ). И дело здесь не только в деньгах. Как неоднократно подчеркивали в своих трудах корифеи олигофренопедагогики, «умственно отсталый ребенок, не прошедший школы специального обучения и воспитания, ничего не знает, не может и не хочет», что «самым тяжелым испытанием для олигофрена бывает стремление удержать его в обычном учебном коллективе».

Хорошо поставленное воспитание и социальная поддержка олигофренов приносит заметные результаты. Если у ребенка

удается сформировать и закрепить привычки труда и послушания, его сериальная адаптация может быть вполне стабильной. Так, по нашим данным, олигофрены, признанные негодными к военной службе (тогда их можно было призывать в нестроевые части), были устроены неплохо. Из двух тысяч обследованных работали 89 %, причем половина занималась более или менее квалифицированным трудом. Инвалидами были признаны только 1,5 %, осуждены за уголовные преступления 2 % (цифра явно меньше среднестатистической для пола и возраста обследованных).

Сравняться с другими людьми олигофренам мешают недостатки в основных сферах психической деятельности.

Мышление может оперировать достаточным объемом слов, но их смысловое значение, а особенно смысловое значение связей между ними, необходимое для перехода впечатления в понятие, остаются недоступными. Человек с врожденным слабоумием в состоянии улавливать и устанавливать лишь конкретные значения.

Соответственно и в эмоциональной жизни олигофренов отсутствуют переживания, связанные с абстрактными ценностями, отвлеченными интересами. Актуальными бывают лишь непосредственные переживания, вытекающие из текущего момента.

Волевая сфера отличается сочетанием внушаемости и упрямства. Доводы рассудка, особенно связанные с необходимостью что-либо менять в привычной обстановке, наталкиваются на слепое и упорное сопротивление, тогда как возможность принять, не задумываясь, чужое влияние, где сила действует в рамках усвоенных стереотипов, встречает не менее слепое подчинение.

Такие показатели психической работоспособности, как память и внимание, отличаются истощаемостью, функциональной слабостью.

Вместе с тем расстройства в отдельных сферах психической деятельности не имеют достаточно ярких отличий от неболезненных форм интеллектуального недоразвития. Речь может идти лишь о количественных показателях по типу «больше – меньше», что в качестве доказательства всегда несколько сомнительно. В то же время законодатель в категоричной форме предписывает отличать умственную отсталость, не связанную с душевным заболеванием, от олигофрении. Это становится возможным, когда развитие личности вступает в фазу рождения самосознания, когда у подростков просыпается ощущение собственного *Я* и человек

начинает задумываться о собственном предназначении, т. е. его психическое развитие, образно говоря, переходит на другие рельсы. Способность отдавать себе отчет в своих действиях на первых порах требует огромной внутренней работы, ориентированной внутрь личности, заставляя человека многое изменить в своем образе жизни. Нормальные люди в этом возрасте уходят от привычных социальных зависимостей и обязанностей (реакция эмансипации); резко ограничивают реальное общение группой сверстников (реакция группирования); отдают много сил экспериментам с нормами для того, чтобы отобрать из них пригодные для перенесения во внутренние смыслы своей личности (реакция оппозиции); защищаются от непосильной пока оригинальности символическим самовосприятием (реакция имитации); тиранят собственное тело, испытывая волю (реакция гиперкомпенсации). Отныне человек, по определению А. Маслоу, бывает озабочен главным образом мотивами самоактуализации личности. Он сбрасывает скорлупу привычек, воспитанных в детстве, и начинает в своих поступках ориентироваться на идеалы.

Олигофрены же, как дети отроческого возраста, свободны от этого изнуряющего внутреннего напряжения. Они остаются заложниками той скорлупы навыков и привычек, которые были им привиты в прежние годы, и не испытывают потребности выйти за их пределы в новом качестве. Они способны разве что отказаться от обременительных обязанностей, идя на поводу у соблазнов, продиктованных инстинктами и допускаемых полученной независимостью. При налаженной жизни, когда олигофренами руководят добропорядочные взрослые, умеющие поддерживать в них послушание и трудолюбие, их социальная адаптация может казаться вполне надежной, однако это благополучие сохраняется исключительно в замкнутой среде и зависит не от того, что требуют от умственно отсталого человека, а от того, кто требует. Стоит сменить социальную ситуацию, и все может рухнуть прямо на глазах. Немецкий психиатр О. Бумке в конце прошлого века заметил, что «первые часы военной службы выявляют дурака лучше, чем вся предшествующая жизнь».

Чтобы подтвердить факт отсутствия разума при сохранении рассудка, который способен накапливать жизненный опыт, но делает это по-своему, мы сошлемся на историческую практику, когда правительство, нуждаясь в человеческих ресурсах, пыталось положиться на слабоумных людей.

«Указания для войсковых врачей», изданные в Берлине в 1944 г., когда немецкая армия испытывала нужду в резервах, подтверждают, что в кадры приходилось зачислять

неполноценных в нервно-психическом отношении лиц. В частности, там говорилось: «Надо серьезно задумываться над психическим состоянием находящихся при части слабоумных в легкой степени. Надо знать, что требования военной службы, которые для здорового не дают никакой нагрузки, чрезвычайно легко вводят слабоумного в такое психическое состояние, в котором он способен на решительные внезапные действия. Нередко слабоумный в легкой степени, сталкиваясь с кажущимися ему непреодолимыми трудностями, вступает на путь самоубийства. Таких больных, поскольку они не могут быть отпущены с военной службы, нужно все время наблюдать. Все воинские чины, являющиеся руководителями рабочих мест, обязаны знать, что обращение с такими неполноценными субъектами должно быть строгим, но терпеливым и полным понимания, что такие больные не могут справиться даже со своими маленькими заботами»[28].

В нашей стране тоже был период (70-е гг.), когда дебилов призывали в нестроевые части. История не сохранила соответствующих предписаний для командиров и врачей, но реальная судьба умственно отсталых лиц в войсках, судя по материалам, опубликованным на страницах научных изданий, заставила правительство отказаться от подобных экспериментов.

Некоторое представление о специфике личности олигофренов дает картина алкогольного опьянения, под влиянием которого инстинкты легко разрушают, казалось бы, вполне устойчивые социальные установки.

Особенно заметно отсутствие организующего начала личности у лиц с врожденным слабоумием, когда они оказываются без руководящего влияния. Буквально на глазах аккуратность сменяется вопиющей гигиенической запущенностью, ответственность за взятые на себя обязательства забывается, а трудолюбие исчезает без остатка.

По-видимому, именно из-за дефекта самосознания законодатель предписывает оценивать роль умственной отсталости при олигофрении в рамках понятия о психическом расстройстве здоровья, тогда как иные варианты слабого мышления рекомендуется рассматривать как формы девиантного развития личности.

Пограничная умственная отсталость также входит в классификацию психических отклонений, ибо она реально ограничивает адаптивные возможности человека, который нуждается в социальной поддержке в разных сферах отношений с обществом, регулируемых правом. Однако в отличие от олигофрении речь здесь идет лишь о количественных отличиях от

нормы, основанных на измерительном подходе к величине ума, его активности и проницательности, составляющих в целом представление об интеллектуальных возможностях человека.

Активность познающей воли бывает заметна с детства, когда ребенок стремится к разнообразию впечатлений или склонен мириться с узким кругом общения, в играх повторяет одно и то же, беспокоится при появлении новых обстоятельств. С течением времени, воплощаясь в навыки мышления, любознательность выльется в постоянную тягу к новым знаниям, а вялость мышления обнаружит себя специфичной тенденцией останавливаться в развитии на том уровне, где от человека не требуют интеллектуального роста.

В случаях, когда слабость интеллектуальных задатков бывает заложена в природу человека, отсутствие интереса к новому не только заявляет о себе плохой успеваемостью, но и накладывает отпечаток на формирование личности в целом. Детям с первых лет обучения не дается отрыв абстракта от образа, необходимый для развития речи. Им бывает гораздо проще, легче и спокойнее оставаться в кругу естественных впечатлений, которые демонстрируют им природа и непосредственное социальное окружение. Конкретные связи между явлениями, когда то, что усвоено, можно тут же использовать в деле, укладываются в их голове исключительно с помощью критерия практики, живого примера. Если же приходится выходить за пределы жизненных впечатлений, нажим со стороны культуры, вынуждающий мыслить по законам науки, воспринимается как тягостная обязанность. Освободившись от нее по окончании школы, примитивные люди стараются избегать любой практически не пригодной в быту информации. Если же какая-то сумма абстрактных правил и оказалась заученной, от нее бывает мало толка, поскольку знаниями в истинном значении этого слова они не становятся, а применяются по шаблону или по принципу случайного выбора ассоциаций (по созвучию, совпадению во времени, сходству отдельных признаков и т. п.). Нередко, оставаясь в кругу привычных отношений, такие люди, благодаря своей настороженности к новому, слывут даже рассудительными, пока резкая смена обстановки не заставит их действовать самостоятельно.

В школьные годы, когда очень важно не отставать от сверстников, малоспособные дети могут оказаться в числе неприветствуемых и изолированных в воспитательной среде. Будучи предоставлены самим себе, они не только не пополняют запас своих знаний, но и не совершенствуются в способах мышления. Не понимая объяснений учителя и приготовившись к

тому, что им зададут урок, превышающий их возможности, запущенные в педагогическом отношении малоодаренные ученики отключаются от работы над собой. Их учителями постепенно становятся реальная социальная среда и собственная фантазия.

К 14-летнему возрасту, когда наступает пора ответственности по закону, они остаются наивными и необразованными, но по-житейски хитрыми и приспособленными к незамысловатым нравам примитивной социальной среды. Привлеченные к ответственности, они легко усваивают порядки исправительного учреждения, но подготовка их к освобождению ставит серьезные проблемы перед руководством: таких подростков никак не удается побудить учиться чему-либо, что нельзя использовать тут же, в окружающей жизни. Исключительный прагматизм мышления нередко заставляет предполагать наличие у них олигофрении и является основанием для назначения соответствующей экспертизы. Здесь необходимо руководствоваться несложными, но надежными отличительными признаками: а) инициативность и самостоятельность в узких рамках имеющегося жизненного опыта; б) развитие воображения как способа уводить от проблем реальной жизни; в) тяга к людям схожей судьбы в поисках приемлемой социальной среды; г) умение использовать помощь со стороны в своих интересах; д) известная самокритичность, отражающая эмоциональную реакцию на недостигнутое.

Причины пограничной умственной отсталости неоднородны, да и она сама имеет несколько вариантов в зависимости от того, какую роль в ее происхождении играют факторы дефицита способностей, задержки темпов психического развития, повреждения мозга в раннем возрасте, небрежное воспитание и др. Для суда они не имеют специфического доказательственного значения, так как в материалах дела фигурирует лишь суммарная оценка интеллекта как способности в полной мере осознавать фактический характер и социальные последствия своих действий, однако в повседневной жизни от них зависит выбор тактики обучения и воспитания. Поэтому юристам, работающим в системе социальной защиты населения (комиссии по делам несовершеннолетних, реабилитационные центры, служба занятости и т. п.), нужно обращать внимание на эти нюансы, позволяющие судить о вероятных перспективах психического развития в целом.

Аномалии характера

Врожденные отклонения в характере человека представлены эмоционально-волевой неуравновешенностью, акцентированностью его отдельных черт, невропатичностью и психопатичностью. Равновесие между активностью чувств и сдерживающей их проявления волей достигается воспитанием в детстве и постоянной работой над собой в течение жизни. Это необходимое условие социальной приемлемости человека, и мы не склонны потакать тем, кто не умеет скрывать свои эмоции или требует к себе повышенного внимания. Поблажки невоспитанным людям не только неуместны, но и попросту вредны, так как только усиливают демонстративность их поведения.

Тем не менее, в некоторых случаях приходится признать, что неуравновешенность бывает обусловлена не дурным воспитанием, а глубинными свойствами характера, справиться с которыми человеку много труднее, чем обычно скроенным людям. Лица такого склада – истинные заложники собственного настроения, когда впадают в гнев или отчаяние по внутреннему побуждению, если внешние обстоятельства не только не провоцируют, но и не могут рассматриваться как серьезный повод для столь бурных проявлений. Человек, подверженный такого рода порывам, ведет себя некстати, нецелесообразно, а порой и прямо разрушительно по отношению к социальным связям, которые до этого выстраивал, стремясь к достойным ролям, надежным позициям и прочным симпатиям.

В детские годы, когда эмоции вообще преобладают в состоянии человека, такая неустойчивость дает о себе знать признаками невропатической конституции. Дети легко впадают в крайние степени возбуждения, когда психическое напряжение вовлекает в свою сферу еще и нервную систему. На фоне душевного волнения типичными являются расстройства речи, подергивания мышц (тики), обмороки, приступы хаотического возбуждения. В обычном состоянии впечатлительность остается излишне обостренной, а фантазия легко наполняется разного рода страхами (боязнь одиночества, темноты). Содержание сновидений и глубина сна зависят от впечатлений предшествующего дня.

В подростковом возрасте, когда эмоциональные порывы, связанные, как правило, с проблемами самоутверждения, бывают достаточно сильны, а навыки их реализации еще не освоены, психически неустойчивые люди нередко демонстрируют импульсивные поступки при подъеме чувств (например, самоповреждения типа порезов сгоряча), им свойственна тяга к рискованным экспериментам над собой (наркотики, токсикомания) и в отношениях с социальной средой

(бродяжничество, криминальное любопытство, сексуальные эксцессы).

С годами, по мере развития личности интеллект помогает находить адекватные способы компенсации внутренней дисгармонии характера, однако поддержание равновесия требует постоянных усилий. Говоря языком социальной психологии, для эмоциональной неустойчивости бывает создана когнитивная, т. е. понимаемая, разумная и рассудочная капсула. Но стоит воле ослабнуть (например, под влиянием астении), как эмоциональные взрывы начинают прорываться через созданную интеллектом оболочку, инспирируя эксцессы, агрессивный или депрессивный тон которых явно противоречит реальным обстоятельствам. В обыденной жизни людей, которые легко впадают в бешенство или отчаяние, часто называют психопатами, хотя для этого нет достаточных оснований, а речь идет лишь о несовершенстве высшей нервной деятельности, тогда как личность в целом остается нетронутой.

Специфика самовосприятия получила название ***акцентуаций характера***, т. е. заострения отдельных свойств и качеств, преодолеть которое не удается ни воспитанию, ни работе личности над собой. Люди с такого рода отклонениями остаются чувствительны и уязвимы в каком-то отношении и не могут эффективно адаптироваться к жизни, когда ее требования адресованы месту наименьшего сопротивления.

Например, если человеку свойственно быть в постоянно приподнятом состоянии духа, стремиться навязывать окружающим свое присутствие и свои намерения, испытывать непрекращающуюся тягу к совершению поступков, а посему во все вникать, вызывая раздражение свой неуместной инициативностью (*гипертимная акцентуация*), то самые благие намерения, прекрасное воспитание и высокие моральные качества вряд ли удержат юношу от эксцессов, если его лишить активности (например, усадить на место оператора с обязанностью много часов подряд пассивно созерцать экран локатора).

Люди, по складу характера склонные к постоянной борьбе мотивов, не способные навязывать свою волю другим, не доверяющие своим впечатлениям, легко впадающие в состояние тревожного ожидания, порожденного игрой воображения (*психастеническая акцентуация*) испытывают серьезные проблемы социальной адаптации к среде, которая требует силы и допускает злость и насилие как норму отношений. Например, в жестких условиях неуставных отношений им бывает трудно не растеряться и не впасть в отчаяние, несмотря на хорошую подготовку, правильное понимание обстановки и способность эффективно

выполнять свои профессиональные обязанности.

Лица с *истероидной акцентуацией* характера зависят от воображения, им недостает чувственной яркости обычных впечатлений, и они постоянно вынуждены демонстрировать себе и людям порывы эмоций, которых нет на самом деле. Им приходится все время разыгрывать роли, что может привести к весьма нежелательным последствиям (например, когда обманутые героическими замашками окружающие действительно доверят им ответственное задание). Паническое бегство под любым предлогом, включая расстроенное сознание и воображаемые болезни, может создать проблемы поведения, среди причин которых будут явно выступать реакции патологически измененной почвы.

В обыденной жизни акцентуации, число вариантов которых, по данным разных авторов, колеблется в пределах двух десятков, не бросаются в глаза, так как люди интуитивно выбирают себе образ жизни, не затрагивающий их слабых мест. Однако по чужой воле или собственному легкомыслию они могут оказаться в ситуации, которая, по словам А. Е. Личко, «как ключ замку» соответствует качеству, названному Э. Кречмером «уязвимым жалом характера». Тогда говорить о полной свободе воли в намерениях и поступках человека следует с коррекцией на психопатологическую реальность. В частности, до 80 % лиц, уволенных с военной службы по здоровью с диагнозом «психопатия», в гражданской жизни не испытывают проблем средовой адаптации, требующих медицинского вмешательства.

Расстройства, тяготеющие к ***невропатии***, отличаются тем, люди такого склада обычно решают проблемы взаимодействия с собственным Я в ущерб конструктивному и адаптивному поведению. Они постоянно находятся в тревожном ожидании, предвосхищающем появление реальных жизненных проблем, так что истинное содержание беспокоящих их мыслей и стремлений лишь косвенно связано с объективными обстоятельствами и не обязано им фактом своего возникновения. По образному выражению выдающегося польского психиатра А. Кемпински, если психопатию можно сравнить с шипом, то невротическое предрасположение следует считать горбом характера. С течением времени тревожная готовность более или менее прочно ассоциируется с какой-то внешней ситуацией, и та начинает восприниматься как источник страхов. Человек старается избегать ее, защищаясь разного рода ритуалами, отступление от которых само по себе уже служит сигналом к появлению тревоги. Так замыкается круг, где причины и следствия меняются местами, вызывая иллюзию повышенной впечатлительности и маскируя

подавленную деспотичность, вся тяжесть которой ложится на близких и зависимых людей.

Психастенический вариант (обсессивно-компульсивный) отличается тягостным присутствием во внутреннем мире человека нежелательных мыслей или влечений, сопротивление вмешательству которых в естественное течение психических процессов оказывается безуспешным. Те ритуалы, с помощью которых рассудок пытается противостоять нездоровому влиянию, не доставляют удовольствия и не воспринимаются как способы решения внутренне полезных задач. Такая борьба с собой переживается как бессмысленная и бесплодная трата сил.

Содержание переживаний может носить характер навязчивых мыслей, когда, допустим, женщина мучается страхом, что не устоит перед случайным импульсом убить любимого ребенка. Иногда навязчивости выглядят как стремление к определенным действиям, например, многократное мытье рук из боязни заразиться. Страх безлюдных пространств, где можно остаться без помощи при внезапном приступе (на фоне хорошего здоровья), сильно ограничивает человека в передвижениях, а боязнь толпы может сделать его настоящим домоседом. Иногда опасение произвести на окружающих неприятное впечатление (например, покраснением лица, дрожанием рук, потливостью и т. п.) может лишить общительности и довести до паники.

Люди с подобными отклонениями обычно отличаются склонностью к сомнениям и осторожностью, озабоченностью правилами и порядком, постоянным стремлением к совершенству, препятствующим расширению задач, чрезмерной скрупулезностью в ущерб удовольствиям и межличностным связям, педантичностью, зависимостью от условностей, упрямством, необоснованными требованиями от окружающих такого же внимания к форме, как и у них.

Тревожно-мнительный вариант характеризуется чувством постоянной нервозности, мышечным напряжением, дискомфортом в эпигастральной области (верхняя часть живота), склонностью к сердцебиениям, головокружениям. Человека преследуют разнообразные опасения (что он заболеет, что родственники станут жертвой несчастного случая и т. д.); ему во всем видятся дурные предзнаменования, порождающие тяжелые предчувствия.

Людям такого склада свойственны сомнения в своих социальных способностях, повышенная озабоченность адресованной им критикой, нежелание вступать в общение без гарантии понравиться, ограниченность жизненного уклада из-за потребности в физической безопасности, уклонение от

деятельности, связанной с широкими контактами и личной ответственностью за других людей.

Для иллюстрации мы приводим письмо пациента, где он, обращаясь с просьбой о помощи, описывает свои переживания.

«Все началось с того, что однажды я зашел с друзьями в туалет и в первый раз в жизни не смог оправиться при посторонних людях. А побоялся я оправиться из-за того, что до, да и после этого занимался онанизмом, о котором никто не знал, да и сейчас никто не знает. Мне почему-то подумалось, что если я оправлюсь, то другие об этом узнают. И вот с того времени для меня начались настоящие мучения. Будучи три года в армии, я постоянно избегал посторонних в туалете. Это меня страшно мучило. Обычно утром после зарядки всю роту вели в туалет, я постою там, делая вид, что оправляюсь, а сам не делал этого и шел назад, хотя иногда страшно хотелось оправиться. Меня даже наказывали за то, что я потом бегал в туалет в одиночку. Постоянная тревога изматывала. Стал плохо спать. По службе я должен был следить за эфиром, но поиск радиоволн стал так сильно раздражать, что я просто отключал аппаратуру.

Приехав домой после демобилизации, я с одним товарищем решил устроиться на завод в г. Херсоне, но жить в общежитии и работать в бригаде не смог. И учиться у меня не получалось. Когда преподаватель объяснял материал, я напрягался, дрожал, но ничего не соображал и не запоминал. Пришлось вернуться к родителям в лесной поселок, поступить на работу вздымщиком (собирателем сосновой смолы). Женился, дочери уже два года, но я чувствую, что всем от меня одни огорчения. Я всего боюсь, вернее, как о чем-нибудь подумаю, сразу появляется мысль, что это, о чем подумал, меня раздражает. Я начинаю думать напряженно, тогда заболевает голова. С женой стали постоянно ругаться, и виноват я, но ничего не могу с собой поделать. Да и прежние опасения не проходят. По-прежнему боюсь оправиться вместе с кем-нибудь в туалете. Пытался обратиться к врачу на курорте, тот сказал, что у меня невроз навязчивых состояний, но психиатра не было, и я вернулся домой без лечения. Мне предлагали не раз сменить работу, но я боюсь что-либо менять из-за своей болезни.

Я вас очень прошу помочь мне вылечиться, а то

больше так не могу».

Естественно, сами по себе подобные переживания не бывают предметом доказательства в суде, так как не выступают непосредственной причиной поступков, входящих в компетенцию правосудия. Разве что в тех редких случаях, когда напряжение от опасения сделать что-то не так сменится (как бывает) поспешным импульсивным действием, например, самовольным оставлением воинской части.

Психопатам «не повезло» больше всех. Попав в поле зрения ученых в середине XIX в., когда представления о самосознании носили еще весьма расплывчатый характер, они обратили на себя внимание исключительной безнравственностью поведения. И рождение нового термина протекало под аккомпанемент таких эпитетов, как «моральная тупость», «нравственный идиотизм», «патологические лгуны», «врожденные мошенники» и т. п. Более того, даже в XX в. такой авторитет в области психологии личности, как А. Маслоу, не стесняется в выражениях, описывая этот феномен в своей книге «Дальние пределы человеческой психики». Мы приводим его текст без комментариев, полагаясь на мнение читателя.

«Психопат характеризуется как бессовестный и бесстыжий человек, которому незнакомо чувство вины, который не испытывает любви к окружающим, привык ни в чем не ограничивать и не контролировать себя, который в любом случае поступит так, как захочется ему. Среди них много мошенников, аферистов, проституток, многоженцев – словом им сподручнее зарабатывать себе на жизнь хитростью и смекалкой, а не тяжелым трудом. Не ведая, что есть стыд и вина, они, как правило, не могут сочувствовать угрызениям совести, мукам раскаяния, вины и сожаления, не в состоянии понять безответной любви, сострадания, чувства стыда и смущения. Это то, чего они сами никогда не переживали и что не могут воспринять в других людях. Это чужое для них, оно не в состоянии заговорить с ними. А их истинная психопатическая сущность рано или поздно заявит о себе, и вы неизбежно увидите, что перед вами мрачный, омерзительный, пугающий тип, который поначалу ухитрился выказать себя таким очаровательно-беспечным (веселым) и здоровым. В данном случае перед нами еще один пример того, как болезнь, заключающаяся в ухудшении способностей к коммуникации и адаптации, позволяет в отдельных областях добиваться большей проницательности и приспособляемости. Психопат удивительно прозорлив в отношении психопатического в других людях, как бы глубоко оно ни было сокрыто».

По-видимому, единственным оправданием такой неуместной враждебности может служить по-человечески понятная растерянность кабинетных ученых, вынужденных окунаться в психологическую атмосферу социального дна. И хотя еще А. Ф. Кони предупреждал, что когда «перед судом развертывается яркая картина эгоистического бездушия, нравственной грязи и беспощадной корысти, которые привели на скамью подсудимых человека, забывшего страх Божий и утратившего стыд и совесть в стремлении обогатиться во что бы то ни стало, утолить свою ненависть мщением, а похоть – насилием», вовсе не обязательно использовать такие слова, как «нравственное помешательство», «абулия», «психопатия» и т. п.», традиция, как видим, не исчезла.

Заметной вехой на пути развития психопатологической мысли стали работы известного русского психиатра П. Б. Ганнушкина. Предупреждая врачей, что они «не должны скрывать от себя и не огорчаться тем обстоятельством, что клиническое изучение психопатий окажется недолговечным и с течением времени и прогрессом знания в их основе будут найдены иные определяющие моменты», он отобрал «из суммы фактов» признаки, отделяющие реакции аномальной в своей основе почвы от индивидуальных особенностей личности. Схематично эти разграничивающие вехи выглядят следующим образом: а) патологические свойства представляют собой постоянные, врожденные свойства личности, которые хотя и могут в течение жизни развиваться в определенном направлении, однако обычно не подвергаются сколько-нибудь существенным изменениям; б) любое психическое напряжение, будь то радость, горе, страх или отчаяние, вызывает реакцию почвы, присущую данному виду отклонения; в) психопатии дают о себе знать лишь с возраста, когда личность человека обычно приобретает известную устойчивость, и остаются с человеком до конца жизни.

По характеру переживаний, окрашивающих внутренний мир психопата, к концу XX в. было выделено четыре основных варианта психопатии.

Паранояльный вариант характеризуется чувствительностью к неудачам; отказом прощать обиды; отношением к окружающим свысока; подозрительностью и общей тенденцией к искажению фактов путем неверного толкования нейтральных и даже дружественных действий как враждебных; воинственно-щепетильным отношением к вопросам, связанным с правами личности, не соответствующим фактической ситуации; возобновляющимся неоправданным подозрением относительно сексуальной верности супруга или партнера; тенденцией к переживанию своей повышенной значимости с постоянным

отнесением происходящего вокруг на свой счет; символическим истолкованием событий в окружающем мире через призму собственных интересов.

Паранояльные личности характеризуются упорной подозрительностью, недоверием к людям. В эту категорию входят наименее привлекательные типы, встречающиеся в жизни: фанатики, клеветники, патологические ревнивцы, сутяжные маньяки. Сами они редко стремятся к помощи со стороны и попадают в поле зрения врача или юриста, как правило, по инициативе родственников, «ищущих на них управы». При общении с такого рода людьми обращают на себя внимание их постоянная напряженность, неспособность расслабиться, ожидание подвоха, отсутствие чувства юмора.

В социальном плане они могут выглядеть деловыми и конструктивными, но их рациональность подтачивается вечным ожиданием конфликта. В конечном счете их деятельность нередко сводится к цепи более или менее скрытых эксцессов и инцидентов. Если человек обладает сильной волей, развитым интеллектом и достаточной властью, страдают окружающие, в противном случае следует неизбежный разрыв отношений, сопровождающийся бесконечными жалобами и изнурительными поисками путей мщения обидчикам. Манера людей такого склада реагировать на обиду (чаще воображаемую) вспышками злобного раздражения делает их очень трудными в общении, даже несмотря на повседневный фон льстиво-услужливого поведения.

Шизоидный вариант объединяет эксцентричных, отрешенных от жизни и одиноких людей, испытывающих дискомфорт в сфере межличностных отношений. Их интроверсия заметно акцентирована по сравнению с просто замкнутыми людьми и сопровождается многообразными ритуалами, на соблюдение которых уходят значительные силы личности. Им мало что доставляет удовольствие в жизни, в поведении преобладает холодная отчужденность, при которой теплое сочувствие, как и гнев, кажутся одинаково неуместными. Хвала, как и критика, не вызывает сильной ответной реакции; собственные фантазии и интроспекции занимают их гораздо больше, чем реально происходящие события. Интерес к сексуальным контактам незначительный. В работе предпочтение отдается индивидуальной деятельности. Заметны пренебрежение к превалирующим нормам и условностям, отсутствие стремления к доверительным связям и контактам.

Шизоидные люди мало участвуют в повседневной жизни окружающих, их эмоциональные потребности гораздо больше связаны с собственными представлениями, чем с популярными

увлечениями людей. Обычно история их жизни – это стремление к успеху на поприще, не требующем соперничества. В частности, они способны потратить много энергии для изучения областей, находящихся вне сферы интересов общества. Им свойственны причуды в отношении диеты, здоровья, воспитания детей. Мужчины часто откладывают женитьбу на неопределенное будущее, а женщины пассивно подчиняются инициативе партнера. В реальной жизни люди такого склада ориентируются вполне адекватно и отдают себе отчет в преподчтении своих ценностей и смыслов общественным.

В юридической практике лица шизоидного склада встречаются среди социально неустроенных людей, когда сочетание аномалии характера и низкого интеллекта минимизирует адаптивные способности человека. Без посторонней помощи такие люди чаще всего оказываются в числе глубоко опустившихся.

Расстройства личности антисоциального характера не синоним криминальности. Это, скорее, неспособность следовать нормам, господствующим в окружающем мире. Страдающих такими расстройствами людей с полным основанием можно назвать не оправдавшими ожиданий. Их конфликты с обществом лишены целесообразности, противоимпульс же принятым правилам бывает не спровоцирован извне, а чаще зависит от слабости аффилиативного притяжения и отсутствия конформизма. Им свойственны равнодушие к чувствам других, грубая и стойкая безответственность и пренебрежение обязанностями, неспособность поддерживать отношения при отсутствии затруднений в их установлении, крайне низкая толерантность к фрустрации, низкий порог разряда агрессии, неспособность испытывать чувство вины и извлекать пользу из жизненного опыта (особенно связанного с наказанием), склонность обвинять в своих неудачах исключительно окружающих.

Антисоциальные личности часто имеют вызывающую симпатии внешность и производят благоприятное впечатление на окружающих благодаря ярким сторонам своей индивидуальности. У них не бывает депрессии и тревоги, несмотря на самые неблагоприятные обстоятельства. Ложь, прогулы, бродяжничество, кражи, драки, употребление наркотиков, преступления выстраиваются в постоянную цепь поступков, нередко идущих параллельно приличной манере поведения и рациональным (по словам) объяснениям самых невероятных похождений. Людям такого склада не свойственны сколько-нибудь постоянные принципы или моральные установки.

Неразборчивость в связях, оскорбление супруга, жестокое обращение с детьми, пьяные страсти – типичные явления их жизни.

С диагностикой данного вида аномалий психического склада особенно не нужно торопиться, так как многие черты, присущие подростковому психологическому кризису, могут создать иллюзию психопатии, когда на самом деле человек всего лишь отстает во взрослении.

Истерические расстройства свойственны людям, не способным испытывать глубокие чувства и привязанности, но непременно стремящимся их демонстрировать в обрамлении театральной экстравагантности. Отличаясь лабильной и поверхностной эмоциональностью, они постоянно жаждут возбужденности, озабочены своей привлекательностью, но за сценичностью поведения скрываются неустойчивость к фрустрациям, слабость воли, страх реальности, элементарная трусость и повышенная внушаемость. Желание быть в центре внимания реализуется либо преувеличением значительности своих чувств и мыслей, либо раздражительностью, слезами и обвинениями в ответ на отсутствие похвал и одобрения.

Люди истерического склада обоих полов стараются быть обольстительными, но их реальные стремления, как правило, ограничиваются кокетством и сексуальными фантазиями. Им совершенно не свойственна агрессия в этой сфере отношений; более того, мужчины нередко бывают импотентами, а женщины не испытывают оргазма.

Под влиянием стрессов у подобных людей легко нарушается оценка реальности. Сознание отказывается обращать внимание на любые проблемы, где нужно проявить стойкость, напоминая реакцию подростка, который по неосторожности подверг себя опасности. Тревога, неуверенность в себе, страх реальной жизни постоянно сторожат истерика, готовые выступить на первый план при появлении затруднений и опасности. Недаром у людей такого склада факторы эмоционального характера сильно влияют на физическое самочувствие, позволяя «убежать в болезнь» с помощью мнимых мышечных параличей или расстройства функций организма, которые Э. Кречмер назвал «реакцией мнимой смерти», или конверсионным способом реагирования.

По своим психическим свойствам истерия занимает промежуточное место между психопатиями и неврозами, поэтому в терминологии психиатрической диагностики можно встретить как «истерическую психопатию», так и «истерический невроз».

В случае затяжных конфликтов, которые человек не в состоянии конструктивно разрешить своими силами, психическое

напряжение может трансформироваться в симптомы физического нездоровья. В этом нет ничего удивительного: психосоматическая медицина занимается множеством болезней, возникающих по причине или в связи со стечением жизненных обстоятельств. Однако мы поведем речь о явлениях исключительно психопатологических, когда само заболевание, способное объяснить причины появления соответствующих ощущений, отсутствует. Его признаки отражают представления человека о болезненном состоянии и нередко противоречат физиологическим и анатомическим закономерностям. Чаще всего приходится сталкиваться с затруднением движений и утратой кожной чувствительности.

Паралич может быть полным или частичным со своеобразными нарушениями координации, когда в отличие от истинно неврологической патологии человек демонстрирует вычурную походку, невозможность стоять без посторонней помощи, совершать элементарные действия, произносить слова и др. Область кожной анестезии, как правило, не соответствует анатомии нервной системы. Могут встречаться утрата зрения и глухота без поражения соответствующих анализаторов.

В некоторых случаях отношение к своему состоянию остается демонстративно равнодушным, но чаще больной настоятельно требует медицинской помощи вопреки отрицательным результатам обследования и уверениям врачей в отсутствии физической основы для симптоматики. При этих расстройствах нередко наблюдается истеричность поведения, направленного на привлечение внимания, особенно в тех случаях, когда от врачебного заключения зависит возможность уклониться от обязанности разрешать конфликтную ситуацию.

В юридической практике с психическими расстройствами такого рода приходится сталкиваться в связи с жалобами граждан на отказ в медицинской помощи, который они рассматривают как ущемление своего права на лечение. При разрешении подобных споров юристу нужно иметь в виду, что даже при очевидной личной заинтересованности больного его поведение далеко не всегда следует считать исключительно установочным или симулятивным. Сознание пациента очень своеобразно диссоциирует, отказываясь логически связать симптомы и вызвавшие их ситуационные причины. В зоне конфликта и в остальной жизни существуют как бы относительно самостоятельные типы мышления, с каждым из которых приходится вести автономный диалог: со здоровым при помощи разъяснения, убеждения, обсуждения, опираясь на жизненный опыт человека; с болезненно измененным – при посредстве

психотерапевтических приемов внушения (суггестии), отреагирования (катарсиса), смещения комплексного переживания из аффективного в когнитивное пространство (психодрама).

Не пережив на собственном опыте диссоциации личности, даже врачи непсихиатрической ориентации склонны не доверять такому пациенту. Им кажется, что достаточно твердо и недвусмысленно указать на бесперспективность притворства, чтобы здоровое начало взяло верх над капризами и демонстративностью. Однако преодолеть конфликт с помощью одного рассудка удается далеко не всегда. Конечно, в экстремальных обстоятельствах желание выжить может быстро снять диссоциацию (например, увидев перед собой убийцу, «паралитик», отбросив костыли, пускается в бегство). Подобные факты описаны классиками психиатрии и не вызывают ни малейшего сомнения.

Тем не менее в обычной жизни психогенные расстройства физического самочувствия, обозначаемые терминами «истерический невроз» или «ипохондрический невроз», с помощью только воспитательных приемов, как правило, не проходят. Они требуют специфического психотерапевтического вмешательства до того, как медицина может твердо заявить перед лицом правосудия, что сделано все, что можно, для человека, жалующегося на ущемление его права на лечение.

Таковы в общих чертах признаки этого феномена (психопатии), в описании которого медицина совершенствовалась полтора века и до сих пор употребляет для его обозначения термин «болезнь» (см. цитату из книги А. Маслоу), однако дальше диагностики дело не пошло. За диагнозом не следует никаких специальных врачебных действий, а если что и применяется, то это исключительно воспитательно-педагогические методы. В частности, уже упоминавшееся «Указание по оценке солдат с нервно-психическими отклонениями (психопатов)» немецкой армии» 1944 г. предписывало «направлять этих больных до выздоровления в специальные полевые батальоны». Так что по принадлежности вопрос нужно бы передать педагогической психологии. К тому же психология личностного развития и теория психической средовой адаптации сегодня позволяют сепарировать в мотивах отклоняющегося поведения тенденции, связанные с проблемами реализации естественных потребностей и питающих их эмоций (дизонтогенез), от порожденного внутренней логикой самого болезненного процесса (патогенез).

По-видимому, настало предсказанное П. Б. Ганнушкиным время, когда прогресс науки позволяет врачам сложить с себя

часть несвойственных медицине функций, а психологам – принять их.

Паранояльность очень напоминает подростковую эгоцентричность, когда самосознание еще не научилось распознавать контуры своего *Я*, и человек как бы растворен в окружающем мире. Ему кажется, что все имеет к нему отношение и все обращают на него внимание. Это вызывает напряжение, но вместе с тем из-за иллюзии, что мир доступен его влиянию (воображение рождает ощущение всемогущества), преобладает чувство уверенности в своих возможностях. На этой почве естественное равнодушие людей друг к другу переживается как предвзятое к себе отношение. Отсюда и обидчивость по пустякам с подозрительным отношением к намерениям окружающих, пока опыт столкновений с реальностью не сформирует «Я-образ».

Шизоидность с присущим для нее уходом в мир воображения от любого соприкосновения с действительностью, где требуются усилие и риск, напоминает период взросления, когда силы души уходят на внутреннее строительство и поиск внутренних смыслов поведения. Подросток активно избегает реальных обязанностей и повседневных забот, отталкивая рациональные советы, чтобы не отвлекаться от самопознания. Его небрежное отношение к нужным и полезным вещам с демонстративным выбором абстрактных увлечений и отвлеченных занятий, где не требуется ощутимый результат, Э. Блейлер (именем которого названа болезнь шизофрения) обозначил как «подростковый аутизм». Свойственное последнему «символическое мышление» с пренебрежением к критериям практики объяснимо и понятно в его целесообразности на данном этапе онтогенеза личности. Оно позволяет уберечь силы от грубого вторжения во внутренний мир. И лишь через некоторое время, когда человек будет готов отстаивать свою независимость, рациональное начало снова возьмет верх. Естественно, при условии, что самосознание способно проделать такую работу.

Антисоциальные тенденции, минующие нормы в реализации стремлений, напоминают период, когда для человека бывает естественным нарушать предписания (не важно какие, лишь бы нарушать). В возрастной психологии это явление носит название «реакция оппозиции». Такая слепая, но упорная оппозиционность оправдана потребностью в материале для строительства личности (самопознания), который не получишь, действуя по инструкции. Будучи ассоциирована с «реакцией группирования», когда верность «своим» ценится выше общепринятой нормы, она вполне закономерно подталкивает к деликту, хорошо если только нравственно-этического свойства. По мере того как внешние

нормы отбираются во внутренние смыслы поведения, человек утрачивает вкус к конфликту и бывает доволен теми нравственными нормами, удерживая которые (приходящиеся по плечу), можно сохранять чувство собственного достоинства в неприкосновенности. Однако у некоторых людей, остающихся, по образному выражению С. Довлатова, «по-детски безнравственными», эксперименты с нормами не завершаются никогда. Им бывает трудно осознать и прочувствовать, что тот или иной поступок или взятая на себя роль значат для них лично.

Истероидность вообще типична для подростков. Жизнь «понарошку» – необходимое условие психологической защищенности, позволяющее менять роли, взятые «на пробу», пока человек не определится, каким ему надо быть. Для этого ему нужны зрители и арбитры, с помощью которых можно убедиться в том, какая роль больше отвечает внутреннему содержанию. Когда же взрослый человек без конца разыгрывает роли, у нас есть все основания предполагать, что его самосознание не оставляет ему четкого впечатления для того, чтобы принять одну роль и отвергнуть другую. Ему остается лишь избегать реальных обязанностей, вытекающих из взятых на себя позиций, демонстрируя свою несостоятельность.

К тому же для возрастной психологии отдельные варианты психопатического склада вообще не имеют значения. И это понятно, так как когда в основе отклонений лежит недостаточность или недоразвитость способности наблюдать, планировать и направлять жизнь личности, что и называют самосознанием, акцент на тех или иных чертах характера не очень важен. Кстати, врачи тоже редко диагностируют так называемые «чистые варианты» психопатий. Последние существуют больше на бумаге как ориентиры для диагностического мышления. На практике же речь чаще всего идет о психопатических расстройствах вообще.

Недоразвитие самосознания многое объясняет в специфике отклоняющегося поведения лиц психопатического склада: а) как и подросток, психопат бывает нечувствителен к страданиям, которые он приносит другим, не из-за атрофии нравственного чувства, а в связи с тем, что его эмоциональные порывы реализуются на подсознательном уровне, интуитивно, не достигая уровня внутренних смыслов личности. Поэтому, сталкиваясь с последствиями своего неблаговидного поведения, он относится к содеянному как к чему-то чуждому, которое не имеет к нему прямого отношения; б) он плохо учится на ошибках и не способен к искреннему раскаянию, потому что, образно говоря, не узнает себя в прошлом; в) ему не удается планировать

свое развитие как личности, ибо он не может представить себе переживания ожидающего его *Я* (не узнает себя в будущем).

Такая своеобразная инвалидность личности и обусловливает примат сиюминутных чувств над отвлеченными, что производит на окружающих впечатление безнравственного отношения к своим обязанностям.

Тем не менее психопаты не лишены способности к развитию. Сильный интеллект, активная воля, хорошая память позволяют накапливать надежные знания о том, как нужно себя вести в определенных обстоятельствах и с какими чувствами окружающих надлежит считаться. Постепенно вокруг слабого места формируется более или менее надежная капсула социальных навыков. Более того, при хорошем воспитании привычка постоянно работать над собой помогает достичь ощутимых успехов в жизни. Во всяком случае, до того момента (который может и не наступить) когда внутренний контроль, принуждающий соответствовать требованиям принятой на себя роли, по тем или иным причинам ослабеет. Но так или иначе, твердые правила, ясные предписания, надежно установленный порядок и неотвратимость наказания за отступления от него – самые надежные гарантии компенсации психопата.

Невольно приходит на память практика военной службы дореволюционной, точнее, крепостной России, когда община направляла на четверть века муштры и казармы «пьянь негодящую», и та выполняла возложенные на нее функции вполне успешно.

Свободный выбор социальной роли, напротив, бывает причиной многочисленных и многообразных эксцессов. Лишенные доброжелательной социальной поддержки окружающих, снисходительно позволяющих им затрачивать на взросление непомерно большие сроки, психопаты, как правило, оказываются на обочине жизни. Среда неформального общения, которая строит свои отношения с людьми безжалостно и целесообразно, не прощает впечатлительности, ребячливости мышления, конфликтности неуверенных в себе. Вот почему, досаждая цивилизованному обществу и семье своей неуправляемостью, психопаты, когда им некому довериться, быстро попадают в зависимое положение и бывают вынуждены либо терпеть бесцеремонное с собой обращение, либо вступать в острые и бесперспективные конфликты, либо идти на беспросветную социальную изоляцию. Особо плачевной бывает судьба тех, кто слабым интеллектом не может компенсировать незрелость самосознания в условиях небрежного и развращающего воспитания.

Для юриста аномалии характера интересны прежде всего с точки зрения криминальной и пенитенциарной психологии: хотя наличие психопатии не исключает вменяемости и даже, как правило, не влечет за собой ограниченной вменяемости, справедливость требует, чтобы индивидуальные особенности личности были учтены при вынесении и исполнении судебного решения. Большинство так называемых сенсационных процессов, когда мотивы преступления не вытекают из обстоятельств жизни, поражая воображение обывателя своей жестокостью, заставляют предполагать, что жертва неспровоцированной агрессии оказалась в событии преступления в той или иной мере случайно, на нее выплеснулись проблемы самоутверждения личности, имеющей основания быть причисленной к психопатам. Да и в обыденной уголовной практике бесцельные, бездумные, и бесполезные преступления встречаются не так уж редко. При отправлении такого человека в места лишения свободы необходимо выяснить, в какой мере порочная и злая воля, заслуживающая безусловного искоренения, соседствует в мотивах поведения с признаками незрелости личности.

* * *

Как мы могли убедиться, перечень заболеваний, возникающих на биологически измененной почве, достаточно обширен и охватывает большой объем конкретных признаков. Мы выбрали из них главнейшие (на наш взгляд), чтобы составить впечатление о содержании наиболее употребительных терминов. Их роль в юридической деятельности различна. Душевное заболевание меняет внутренний мир человека в такой степени, что без специальной подготовки рассчитывать на более или менее объективное суждение при его оценке не только затруднительно, но порою просто невозможно. Здесь приходится ориентироваться на врачебное заключение, хотя при известных обстоятельствах (вынесении определения о недобровольной госпитализации) юрист обязан включаться в конфликт между пациентом и врачами по существу. Аномальные конституции встречаются в уголовном процессе у многих подсудимых, что требует вникать в суть феномена при установлении степени вины и выборе адекватной меры наказания. Суду в такой ситуации нужен не только психиатр, но и психолог. Радикалы – обыденное явление для большинства людей, чья жизнь, как правило, «стеснена в своих проявлениях» тем или иным заболеванием. Здесь приходится судить о деле не по факту, а по степени его выраженности.

И во всех трех вариантах нужно считаться с тем, что пресловутые «объективные данные», т. е. данные лабораторного исследования, на которые может рассчитывать суд, в отличие от судебной медицины, где им принадлежит ведущая роль, в судебной психиатрии имеют очень относительное и далеко не главное значение. Как заметил Ф. Энгельс, «есть вещи, которые нельзя наблюдать микроскопом, а только мышлением». Вот и суду в качестве доказательства (с точки зрения его достоверности, достаточности) приходится оценивать не отдельный факт, а адекватность резюмирующей мысли, которая систематизирует сведения, полученные от следствия, самого человека, окружающих его лиц, и сопоставляет их с результатами собственного наблюдения за пациентом. В предвидении наступления эры состязательной экспертизы указанная задача из разряда отвлеченных установок переходит в ранг конкретных вопросов, решать которые, по справедливому замечанию А. И. Герцена, гораздо труднее, чем проблемы общего порядка.

Вопросы для самостоятельной работы

1. Чем вызван переход от термина «душевная болезнь» к термину «психическое расстройство» в российском законодательстве?

2. В чем состоят признаки «психического расстройства» при определении «последствий вреда здоровью»?

3. Кого в советском уголовном законодательстве называли «морально дефективными»?

4. Почему древние греки обозначили врожденное слабоумие термином «мало души» (олигофрения), а не «мало ума»?

Рекомендуемая литература

Ганнушкин П. Б. Избранные труды. М., 1964.

Дубинин Н. Г., Карпец И. И., Кудрявцев В. Н. Генетика, поведение, ответственность. М., 1989.

Кемпински А. Психопатология неврозов. М., 1975.

Кречмер Э. Строение тела и характер. М., 1982.

Ленг Р. Расколотое Я. М., 1995.

Лидерман Г. Р. За гранью психического здоровья. М., 1992.

Рохлин Л. Л. Очерки психиатрии. М., 1967.

Хорни К. Невроз и личностный рост. М., 1993.

Юнг К. Г. Психоз и его содержание. СПб., 1999.

Глава 9. Социопатии

Люди становятся жертвой обстоятельств, которые могут стать причиной девиантного (отклоняющегося) развития личности и без патологически измененной почвы. Так дети, вынужденные жить в обстановке семейно-педагогической запущенности, усваивают защитные привычки, которые становятся характером и искажают внутренние смыслы поведения на многие годы, а то и до глубокой старости. С другой стороны, человек своим небрежным и легкомысленным отношением к своему здоровью может сам поставить себя в условия, чреватые появлением психических расстройств. И в том, и в другом случае юристы сталкиваются с тем, что называется неконструктивной мотивацией, в оценке которой им требуются знания специалистов в сфере, где граничат психология, педагогика и психиатрия. В своем изложении мы сосредоточим внимание на трех вариантах, которые встречаются в повседневной юридической практике достаточно часто.

1. Девиантное развитие личности

Оно подразумевает социальное отчуждение человека. Чувствуя себя в той или иной степени вне общества, он реагирует на стечение личных обстоятельств не так, как этого ожидают общество, государство и семья. Мотивы его повседневного, а тем более отклоняющегося поведения ускользают от психологически понятных интерпретаций. Причины эгоизма, пренебрежения законом, легкомысленного отношения к своим (и чужим) интересам, не обусловливаются внешними поводами и должны соотноситься с какими-то более глубоко лежащими мотивообразующими началами.

Таких людей в наше время склонны называть лицами маргинальной ориентации[29]. По своему социальному статусу они могут сильно отличаться друг от друга. Например, есть обитатели социального дна, которых К. Маркс со свойственной ему резкостью оценок назвал «люмпен-пролетариями – пассивным продуктом гниения самых низших слоев старого общества», подчеркивая отсутствие у них сколько-нибудь определенного мировоззрения, чувства солидарности с какой бы то ни было общественной идеей и абсолютную разобщенность внутри своей среды. В наше время предпочитают такие эпитеты, как «бомж», «клошар», «бич» и т. п.

Менее выраженная степень отчуждения оставляет место для потребности в солидарности с людьми схожей судьбы и стремления к объединению с ними в рамках субкультуры, где есть неписаные правила поведения, распределение ролей, моральные ценности, социальные ориентации, передающиеся от поколения к поколению. Стиль жизни такого рода объединений утверждает примат корпоративных норм над общепринятыми и связан с ожиданиями, которые здравомыслящему человеку могут показаться явно аномальными. Уголовная, наркотическая, религиозно-диссидентская субкультуры порой вызывают вполне обоснованные сомнения относительно психической полноценности их наиболее одиозных представителей.

И наконец, есть люди, которые сохраняют внешние контакты с обществом при серьезном расхождении внутренних смыслов поведения с принятыми в нем нормами. По образному выражению Э. М. Ремарка, «не имеющие корней чрезвычайно нестойки – в их жизни случай играет решающую роль». Внезапные самоубийства, нелепые измены, безмотивные преступления таких людей нередко ставят в тупик тех, кто обязан дать их поступкам правовую оценку.

Однако если понять причины социального отчуждения бывает в какой-то степени можно, то настоящие проблемы начинаются, когда общество и государство берутся за социальную реабилитацию. В работе с такими людьми юристу (как и другим специалистам) приходится считаться не с обидой на окружающих или враждой к порядку, что было бы не так уж плохо, ибо отрицательные чувства всегда можно трансформировать в положительные, а с угнетающим равнодушием к гуманным проявлениям доброй воли. Такова реальность. Бомжи улыбаются презрительно, нищие чувствуют себя выше толпы, уголовники не боятся порицания, и все они не верят в социальную поддержку и относятся к ней скептически. Недаром стремление списать социальную инвалидность на причины биологического свойства так упорно держится в криминальной антропологии. И, по-видимому, дело все-таки в том, что запоздалый гуманизм сталкивается с иным пониманием общественного устройства; иным осознанием своей роли в системе общественных отношений; иным отношением к себе как члену общества. Психология и психопатология социального отчуждения имеют свои закономерности. На некоторых из них мы остановимся подробнее.

Семейно-педагогическая запущенность. Когда речь заходит о людях с искаженными смыслами поведения, само собой подразумеваются некие чувства (обиды, разочарования, зависти и т. п.), которые подогревают желание отомстить или хотя бы пожаловаться («не признаете вы мое родство, а я ваш брат, я человек»), но такая прямолинейность мысли слишком упрощает проблему. Отчуждение у многих начинается задолго до того, как ребенок в состоянии что-то противопоставить ущербности своего бытия. Он принимает жизнь такой, какая она есть, и ему не приходит в голову оспаривать свою никчемность. Чтобы представить себе особенности его внутреннего мира, нужно не упускать из вида несколько общих правил педагогической психологии.

Воспитательная ситуация эффективна, приемлема и полезна, когда она воспринимается ребенком как естественный способ удовлетворить свои нормальные социальные потребности (реализуется в «зоне актуального развития» по Л. С. Выготскому) и понятна по возрасту (не выходит за рамки «зоны ближайшего развития»). Таких «зон» или этапов роста примерно пять. В младенчестве (до трех лет, когда появится предметное сознание) доминирует потребность в эмпатийном общении с родителями (семейная зависимость). В дошкольном дает о себе знать стремление к аффилиативному отождествлению с группой

(средовая зависимость). В младшем школьном на первый план выходит страх когнитивного диссонанса, когда ребенок сильно озабочен официальной оценкой своего места в коллективе (системе). В отрочестве он подводит своеобразный итог своим возможностям во всех трех сферах, идентифицируя свое место в обществе (возраст героических мечтаний). В подростковом начинается процесс отчуждения от порождающих его духовную жизнь сил, «что и приводит к личности как таковой» (по А.Яковлеву). При правильном воспитании, ориентированном на естественные потребности и возможности ребенка, вся психическая энергия уходит на строительство своего «Я». Если же взрослые не хотят, не могут или не умеют обеспечить самоутверждения личности, энергия, предназначенная для развития, уходит на строительство защитных барьеров, за которыми чаще всего скрывается довольно скудный арсенал приспособительных возможностей.

Неадекватное (ненадлежащее) воспитание при всем разнообразии отношений в семье, «каждая из которых несчастлива по своему», с точки зрения адаптации ребенка можно подразделить на три достаточно типичных варианта.

Педагогическая депривация есть бездумное, но упорное использование воспитательных шаблонов и надуманных схем вопреки запросам, возможностям и ожиданиям ребенка следуя правилу «ребенок существует для того, чтобы оправдывать ожидания взрослых и обязан слушаться при любых обстоятельствах». Естественно, что человек, постоянно ожидая «пинка к недосягаемой цели», усваивает *комплекс аутсайдера*. В реализации стремлений очень вероятна диспропорция между чувствами и мыслями, в предпочтениях желание отгородить себя от любого личностно значимого переживания, в побуждениях – сублимация интимно-личностного в общественно значимое с подтекстом из мстительно окрашенных чувств. Хотя иногда стремление противопоставить себя угнетающей системе приобретает форму жертвы.

> *«Знаете ли, Родион Романович, что значит у иных «пострадать»? Это не то, чтобы за кого-нибудь, а так просто «пострадать надо»; страдание, значит, принять, а от властей – тем паче. Так вот, я и подозреваю, что Миколка хочет «страдание принять» или вроде того. Это я наверно, даже по фактам, знаю-с. Он только сам не знает, что я знаю. Что, не допускаете, что ли, чтобы из народа выходили люди фантастические? Да сплошь». (Ф.М.Достоевский)*

Это общая тенденция, но, понятно, детям с ограниченными возможностями, особенно – умственными (недальновидные, но амбициозные родители нередко их слабость просто игнорируют), достается больше других. Привычка воспринимать успех как случайность, а поражение как закономерность становится одним из фундаментальных черт характера.

Семейная изоляция, когда родители, которым присуща тревожная мнительность или стремление уйти от реальности в мир воображения, превращают детей в «сосуд для проекции собственного бессознательного», имеет также вполне предсказуемые результаты. «Мягко забитые» (по П. Ф. Лесгафту) дети вырастают в чем-то похожими друг на друга. Это сходство – в специфике отчуждения.

Во-первых, концентрация внимания на ограниченном круге впечатлений при их монотонной повторяемости всегда ведет к утрате способности самостоятельно управлять своими действиями. Во-вторых, удерживая ребенка при себе, взрослые невольно заставляют его приноравливаться к своим взглядам, вкусам, интересам, еще не нужным, непонятным и недоступным детской психологии. В-третьих, родители вместо того, чтобы переживать вместе с ребенком, начинают переживать вместо него, как бы присасываясь к его источнику эмоций, а не пополняя его. Естественно, воображение начинает играть явно неадекватную роль в развитии личности.

Постепенно ощущение глухой враждебности мира (воображаемое) становится все отчетливее, и с ранних лет начинается закладка *комплекса отщепенца*, живущего в норе своих предрассудков.

Вынужденные сидеть в «экологической нише» семьи, дети привычно ждут, что та возьмет на себя их проблемы, а она уже не в состоянии это сделать. Общение с родителями начинает напоминать отшельничество. И многие идут на это, лишь бы уберечь детей от испытаний реальной жизни подольше. В моей экспертной практике был случай, когда родители гордились тем, что их 12-летний сын целый год изо дня в день сидел с отцом и лепил с ним крепость из пластилина, за что дали какую-то премию. Когда же повзрослевший подросток оказался в совершенно нелепой криминальной ситуации из-за своей потрясающей неопытности (речь шла об убийстве), мать никак не могла понять, что плохого в том, что ребенка ограждали от дурных уличных примеров. Естественно, столь эксвизитный случай явно нетипичен по результату, но как выразитель тенденции вполне соответствует психологии воспитания в изоляции.

Позиция взрослого человека с комплексом отщепенца выглядит как деинституализация. Успех видится вдали от долга и ответственности, а угроза перераздражения располагает к аддиктивному уходу от действительности и стремлении отгородиться, так как выигрыш не имеет значения.

Преобладает тенденция переносить вовне то, что создано воображением с иллюзией достижения и вытеснением отрицательного результата, игнорирование потребности в общении с позиций ранимости, упрямства, зависти к чужим успехам. Грандиозность самооценки сочетается с отсутствием критики.

Социальная запущенность означает лишение защиты социальных институтов. В такой ситуации ребенок не столько развивается, сколько выживает, приспосабливаясь не к культуре, а к социальной среде, оставаясь как бы вне цивилизованного общества. Над ним постоянно довлеет страх (предоставленная самой себе, среда, как все в природе, целесообразна, но безжалостна). В раннем детстве такие неудачники, никому не нужные и не интересные, усваивают примитивные навыки общения, больше похожие на зоосоциальные. С годами отрыв от общества становится заметнее.

Порой достаточно просто внимательно присмотреться к тому, как дети строят свои отношения в обстановке бесконтрольного общения, чтобы понять, чего им недостает в обычной жизни. Во-первых, это признак одинаковой судьбы. Они не любят тех, кто присоединяется к ним из любопытства или желания отмстить родителям. Они ценят хороших взрослых. Во-вторых, им свойственная демократичность общения. Выделяться за счет какого-либо преимущества не дозволяется. Их стычки и столкновения не связаны со стремлением повелевать и командовать. В-третьих, облегченная коммуникативность, готовность прийти на помощь себе подобным. Чужак с иной территории может чувствовать себя совершенно спокойно.

Мы нередко не задумываемся, с какого возраста естественная потребность человека быть приветствуемым членом общества, когда его симпатии уважаются, с его намерениями считаются, к слабостям бывают снисходительны, а возвышенные стремления поощряют, не может быть проигнорирована. А зря. Стоит представить себе, какими страданиями малолетние бродяжки приобретают то, что мы только что перечислили, чтобы почувствовать всю мощь ее влияния на поведение детей, казалось бы, еще мало что понимающих.

Обычно отрицательные последствия бродяжничества видятся в двух аспектах: приобретение навыков отклоняющегося

поведения и изменение отношения к воспитанию и воспитателям. Первое выглядит более грозным. И это понятно. Вне надзора со стороны взрослых, а то еще и под их разлагающим влиянием, легко появляются наклонности красть, попрошайничать, лгать, унижать и унижаться. Манеры грубеют. Не исключено приобщение к сексуальным отношениям в циничной форме. К тому же ценность жизни еще не закреплена инстинктом самосохранения. Бродяжничая, дети часто лезут на высоту, к электричеству, балуются с оружием, вдыхают пары отравляющих веществ. И вообще склонны к рискованным экспериментам. Так что может показаться, что столь рано приобретенный опыт приведет к ранней деградации личности. Однако жизнь этого не подтверждает. Пока самосознание не проснулось, ребенка нельзя считать испорченным человеком. Оторвавшись от социальной стихии, даже самые злостные бродяжки без особых затруднений переходят на «школьную» систему ожиданий и предъявляемых требований. Меняется мир, меняются и они. А в дальнейшем, когда все минует, воспоминания о своих поступках не интериоризируются. «Глупость юных лет» припоминается как нечто, не имеющее отношения к личности (это было не со мной).

Менее заметно, но более опасно по своим последствиям изменение отношения к воспитанию. Преодолев психологический барьер безусловного доверия к взрослым, который освобождает от необходимости принимать самостоятельные решения, ребенок попадает в «огонь губительной свободы». Опыт ранней независимости оттесняет на второй план навыки, которые нужно еще долгие годы осваивать в игре. Именно в ней такие качества как чувство долга, способность к жертве, ответственность за слово, воспитываются педагогическими утопиями, а не меркантильными расчетами и житейской хитростью. Здесь же, усвоив нехитрую науку выживания, дети делают открытие, что можно жить без коллектива, родители – слабые и беспомощные люди, а прилежание нужно только учителям, так как за стенами школы никого не интересует. Такая мифическая взрослость, для которой еще нет естественных оснований, нередко вводит в заблуждение взрослых, которые принимают защитные конструкции за сам характер.

Когда ребенок дорастает до появления потребности в отчуждении, все надежды на счастье за пределами реальной ситуации признаются иллюзиями. Тенденция к деструкции сочетается с поиском покровительства. Чувство, что ты обманут – со стремлением обладать для уничтожения.

Предки называли людей подобной судьбы изгоями.

Позиция взрослого человека с подобными установками

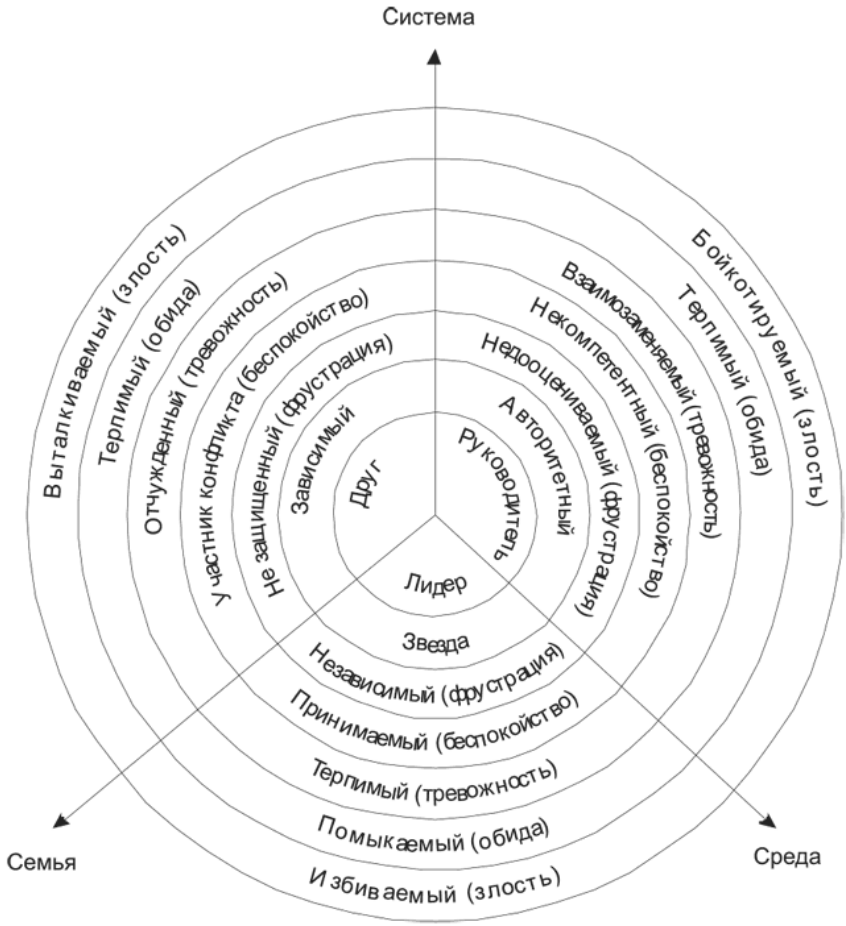
называется ***дезинтеграция***. В каждом обществе она имеет свою специфику. Так в древней Руси считалось, что «Изгои трои: попов сын, грамоте не умеет; холоп, из холопства выкупится; купец одолжает» – из Церковного устава новгородского князя Всеволода (1125–1136 гг.)

С течением времени (например, в Русской Правде) словом «изгой» стали обозначать особый круг людей, выбитых из своей среды и нуждающийся в покровительстве со стороны государства и защите церкви. А ближе к XX веку оно устойчиво закрепилось за когортами людей, которые предпочитают жить по своим традициям, не вписываясь в социальное пространство, очерченное культурой и цивилизацией, по тем или иным причинам. И наконец, к XXI веку в обиход вошел термин «маргиналы», то есть люди на обочине, вынужденные создавать и придерживаться социальных ориентаций, пригодных для таких же, как они (схожей судьбы).

Впервые понятие «маргинальность» ввел в обиход американский социолог Р.Парк в отношении мулатов. Он обратил внимание, что они в Америке не могут идентифицироваться ни с белыми, ни с неграми. В связи с этим у них обнаруживается ряд характерных черт: беспокойство; агрессивность; честолюбие; стесненность; эгоцентризм и т. п. Затем истолкование этого термина стало распространяться на все случаи неопределенной социальной идентификации.

Так выглядят пути девиантного развития личности в условиях ненадлежащего воспитания. Не обязательно столь драматичные по своим результатам. В обыденной жизни все мы немножко аутсайдеры, отщепенцы и изгои в глубине души. Это как некий фон, присущий индивидуальности. И лишь у некоторых людей, которых судьба не пощадила с детства, а природа обделила способностью самостоятельно находить выход из трудного положения, глубина дезадаптации выходит за рамки психолого-педагогических представлений, и общество считает нужным обратиться к психиатрам. Недаром еще в XIX веке так называемые крайние варианты включали в классификацию болезненных отклонений психики.

Социальная дезадаптация. Механизм перехода дефектов воспитания во внутренние смыслы личности можно представить себе с помощью несложной схемы.

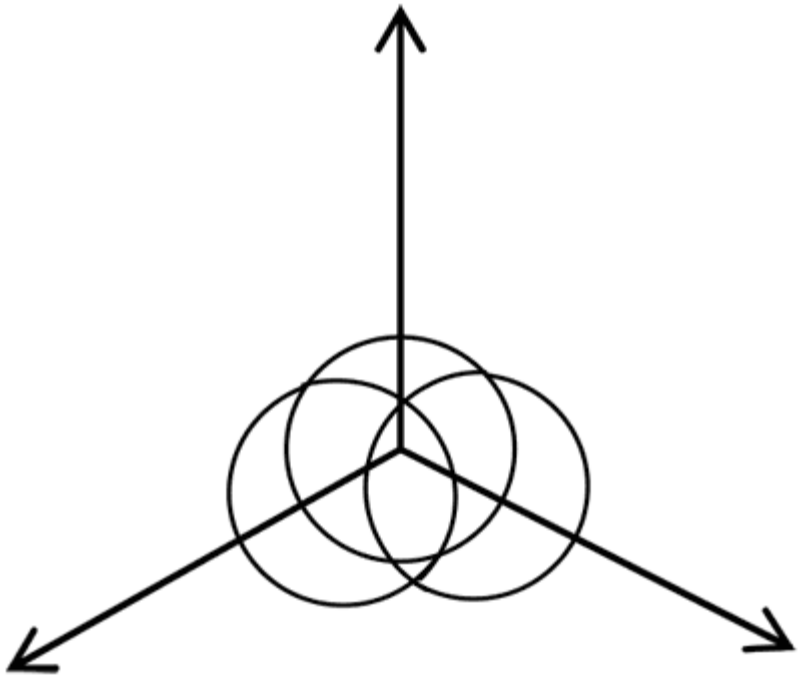


Ценности, которые лежат в основе социальной позиции и определяют самооценку можно распределить по трем векторам: семейному; системному (коллективистическому); средовому. Каждый человек занимает в этих сферах место, которое ему удалось занять. Мы взяли семь вариантов по каждому из векторов от лучшего в центре фигуры до худшего на периферии (гипотетически их может быть гораздо больше), примерно равных по своей значимости.

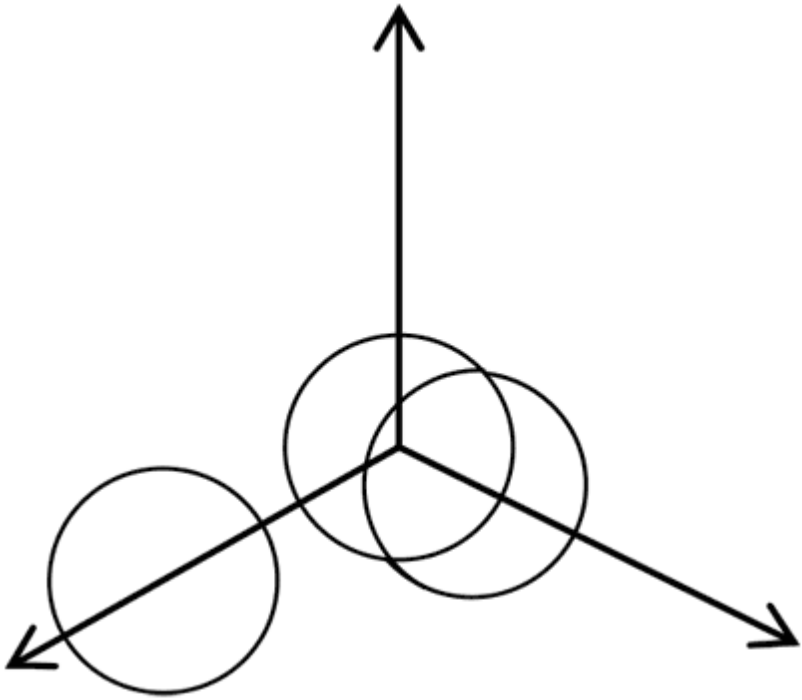
Если на каждом из векторов отметить точкой позицию, которую занимает человек в данной сфере, а вокруг точки описать окружность радиусом в две позиции, мы получаем конструкцию, значение которой можно истолковывать с помощью следующих правил.

Правило 1. Если окружность охватывает центр схемы,

занимаемая роль обычно воспринимается человеком без внутренних конфликтов, она в принципе приемлема.

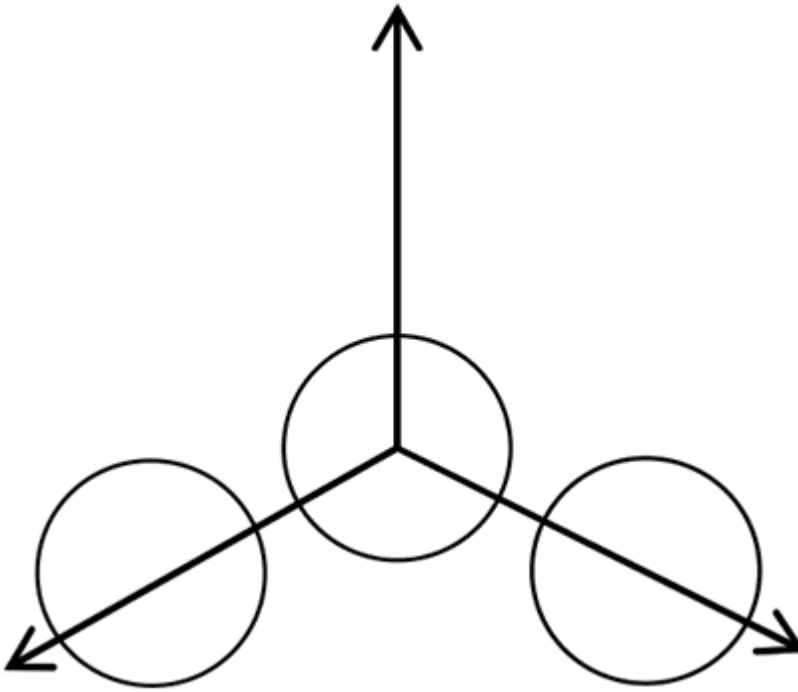


Правило 2. Если окружности пересекаются между собой, соотношение ролей в смежных сферах принимается личностью как нормальное, не содержащее повода для психического напряжения. Если между окружностями есть пространство, самооценка человека, как правило, страдает.



Ситуация 1

Если две окружности, одна из которых охватывает центр, пересекаются между собой, а третья располагается на дистанции от них, это сигнализирует о том, что в данной сфере отношений имеются проблемы, решение которых требует усилий и напряжения адаптивных свойств личности.



Обычную реакцию на такой расклад ролей можно обозначить как «феномен исключения третьего» из системы личностных смыслов. Человек в состоянии сохранить о себе положительное мнение и обходится без подтверждения своей значимости со стороны той сферы межличностных отношений, которая не хочет замечать его достоинств, а то и попросту пренебрегает ими.

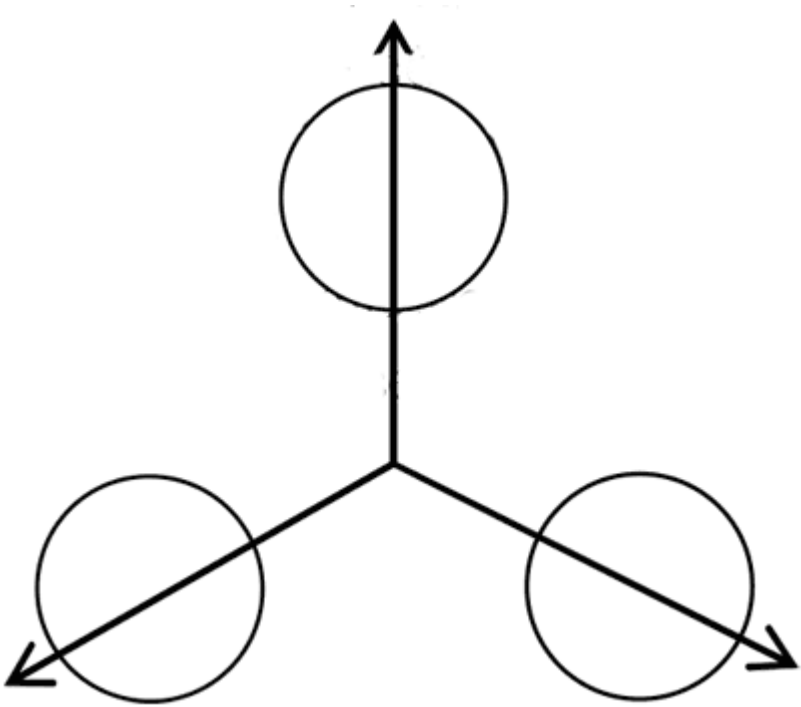
Например, отщепление в сфере неформальных отношений, которое можно условно обозначить школьной кличкой «маменькин сынок», нередко ведет к тому, что человек полностью замыкается в рамках организованной социальной среды. Отщепление в сфере семейных отношений формирует характер активного общественника, которому коллектив заменяет недостаток сердечных привязанностей. Отщепление в сфере коллектива сопровождается известной долей безответственности из расчета на личные симпатии.

Всестороннее развитие личности нарушается, но внутренняя гармония остается, не препятствуя человеку чувствовать себя полноценным членом общества, у которого самооценка и уровень притязаний надежно сбалансированы. Равновесие нарушается лишь в тех случаях, когда люди с этим вариантом защитного реагирования попадают в обстановку, где общество требует навыков и умений именно в сфере отщепления. Нмер, «маменькин сынок» в казарме, «любимчик среды» в экипаже

«общественник» в состоянии влюбленности. Нарушения психической средовой адаптации здесь можно предречь с большой степенью вероятности.

Ситуация 2

Если только одна из окружностей охватывает центр, а две другие расположены на дистанции от центра и от нее, это означает, что приемлемая роль доступна человеку лишь в одной из сфер межличностных отношений. В двух других неудачи обнаруживают себя достаточно очевидно.



Типичной реакцией личности в таких случаях является «феномен социальной ниши». Суть его состоит в том, что человек, будучи не в состоянии игнорировать свои поражения, вынужден концентрировать личностные смыслы на той сфере отношений, где ему сопутствует хоть какой-то успех. Он сначала неосознанно, а затем и сознательно начинает драматизировать переживания, связанные со своей положительной ролью, и тянуться к ценностям принимающей среды, активно противопоставляя их ценностям отталкивающих его сфер.

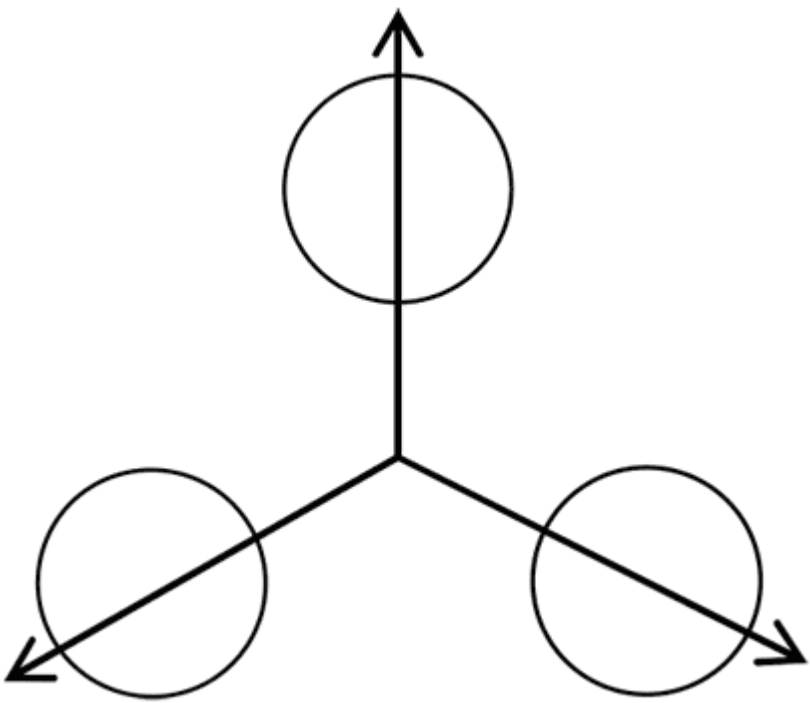
Например, сохранивший адаптивное состояние только в коллективе становится «пересоленым» службистом, полностью замкнувшимся в рамках своих служебных обязанностей, с

вакуумом после работы, нередко заполняемым абсолютно бесцельным пьянством. Приспособленный лишь в семье, которого, по образному выражению психологов, «любят только жена и собака», чаще всего превращается в домашнего ипохондрика, изводящего близких совершенно неуместными по возрасту капризами. Адаптированный исключительно к неформальным отношениям человек нередко вливается в ряды «уличного племени» в его самых разнообразных модификациях.

Как правило, приспособление к условностям жизни дается людям с аналогичными проблемами адаптации ценой социального отчуждения, реального разрыва связей с неприветствующими их сферами межличностных отношений. Нередко они испытывают тягу объединяться с людьми одинаковой судьбы и стихийно создавать субкультуры, несущие в себе признаки ущербности тех, кого они объединяют.

Ситуация 3

Если ни одна из окружностей не достигла центра и не пересекается со смежными, человек терпит поражение во всех сферах межличностных отношений. У него нет оснований для интеграции общественных значений в систему внутренних смыслов, пригодных для формирования структуры целей.



У людей с проблемами средовой адаптации такого рода отчуждение бывает направлено внутрь личности. Оно, как правило, не сопровождается внешним протестом, пока нет необходимости в нарушении норм, что и делается рационально и без раскаяния. Возникает, говоря языком психопатологии, своеобразное расщепление.

Психологически отчуждение выглядит как иное переживание личностных смыслов социальной роли. Из их когнитивной (понимание норм и правил) формы постепенно исчезает оживляющее их аффилиативное (тяга к единению со средой) содержание.

Будучи поставлен перед необходимостью сосуществовать с неприветствующей, игнорирующей или отвергающей его средой, человек вынужден отдавать предпочтение ценностям, лежащим вне социального пространства, где он находится, или своеобразно истолковывать свои отношения с людьми. Такой разлад с действительностью может наступать сравнительно быстро или нарастать годами, но в любом случае он проходит несколько этапов. Поначалу в ход идут внутренние резервы личности, чтобы ценой компромисса или конфликта удержать баланс между самооценкой и официальным статусом. И лишь в тех случаях, когда их бывает недостаточно из-за природной слабости натуры или в результате слишком сильного давления, конструктивные формы и способы реагирования сменяются аномальными.

В частности, на первых порах преобладает *компенсаторно-уступчивый стиль поведения*. Человек старается достичь признания и взаимопонимания в обход недоступных ему способов, которыми пользуются остальные (ему недостает ума, вкуса, навыков, умений, воли, решимости, уверенности в себе, чувства юмора, и сравняться с окружающими нет никакой реальной перспективы). Он становится наиболее вероятным исполнителем поручений, от которых отказался бы при благоприятном стечении обстоятельств, не настаивает на сохранении за собой некоторых законных прерогатив, готов смириться с покровительственным отношением окружающих. Свои амбиции он, как правило, не торопится обнаруживать и готов признать чужие преимущества без дополнительного напоминания.

Излишняя услужливость и тяга к самокритике на людях чаще всего свидетельствуют не о характере человека, а о состоянии его психической средовой дезадаптации.

Когда такой пластичности недостаточно, чтобы обеспечить собственное достоинство, проявляются признаки

демонстративно-оппозиционного реагирования. Человек начинает вести себя вызывающе с теми людьми, покровительства которых он совсем недавно искал. Объектом его агрессивности становятся чаще всего этические и эстетические нормы, правила приличия и хорошего тона. Задевая самолюбие людей, вынуждая их опускаться до общечеловеческих чувств, он старается преодолеть барьер отчуждения, воздвигаемый корпоративными условностями отторгающей среды.

Давно замечено, что из бунтующих студентов получаются ординарные чиновники правительственных учреждений, когда появляется возможность выражать агрессивность при посредстве государства; неряшливо ведут себя люди, с которыми их близкие не считают нужным церемониться; о мотивах хулиганства и вандализма написано так много, что их связь со средовой адаптацией не вызывает ни малейшего сомнения.

Когда и конфликт не помогает, наступает *расщепление между социальными представлениями и чувствами*, что в корне меняет способ целеполагания. Человек либо удаляется под покровительство субкультур асоциального толка, либо уходит в себя с перестройкой самосознания на воображаемые ценности.

При перестройке внешних отношений человек не теряет стремления быть членом сообщества, но ищет новые роли вне традиционных групп и слоев населения. Недаром такого рода сообщества придерживаются, как правило, чисто коммуникативного стиля общения, они редко подчиняют свой образ жизни какому-либо виду деятельности, ограничиваются почти исключительно перспективой выживания.

Единство на эмоциональной основе нередко обрастает корпоративной символикой, которая придает таким сообществам внутренние связи, или, как говорят социальные психологи, контуры. Появляются традиции, преемственность поколений, легенды, жаргон, мораль и даже иерархия. Причем в отличие от динамично развивающейся большой культуры социальной макросреды, где прогресс быстро меняет достигнутые цели и связанные с ними ценности, субкультура маргиналов гораздо более инертна. У людей, ее исповедующих, нет стимула к движению. Их можно сравнить с людьми, отставшими от стремительного поезда цивилизации и собравшимися на обочине, чтобы скоротать время, так как спешить больше некуда. Когда их набирается достаточно много, они начинают чувствовать известную солидарность. Начинается поиск смыслов существования, создаются художественные образы, которые аккумулируют нравственный опыт, происходит определенное разделение функций. Трещина между обществом и субкультурой

наполняется чувством враждебности.

Типичным примером неорганизованного стихийного сообщества отщепенцев является группа бродяг, сосуществующих на одной территории; промежуточные формы демонстрируют молодежные движения левоанархистской или асоциальной ориентации; наиболее развита уголовная субкультура. На ней, как на примере реализации защитного дезадаптивного поведения, мы остановимся несколько подробнее.

Уголовная среда состоит не только из изгоев. В ней волею случая или под влиянием разного рода соблазнов оказывается много людей, с точки зрения «типичного» или «законного» уголовника, случайных. Они терпят наказание, не теряя надежды вернуться к обычным жизненным привязанностям, рассматривая свое пребывание в среде разоблаченных преступников как временное. Истинными же блюстителями нравов и глашатаями норм становятся совсем другие люди. Здесь соблазн или случай имеют лишь косвенное значение, а настоящая причина противопоставления себя обществу лежит много глубже. Для того чтобы ее заметить, нужно установить ключевые признаки, достоверно отличающие уголовную субкультуру от культуры цивилизованного социума.

Во-первых, ни в художественных образах, ни в морали, ни в обыденной практике межличностного общения уголовников никак не отражаются ценности, присущие семье и коллективу. Воспитание детей не вспоминается, не обсуждается, не приветствуется, а в недалеком прошлом даже прямо запрещалось на известном уровне «воровской иерархии». Такие признаки коллективного сознания, как патриотизм, сплоченность и соревнование, не прививаются в среде уголовных преступников, несмотря на титанические усилия государства (достаточно вспомнить историю строительства Беломоро-Балтийского канала). Современная торговля оружием наглядно показала, что преступный дух интернационален. Жестокая расправа, учиненная «законными» узниками ГУЛАГа над героями штрафных батальонов, после войны вернувшихся по новому сроку, известная под именем «сучьей войны», не оставляет на этот счет ни малейшего сомнения.

Во-вторых, уголовная субкультура в отличие от большой, где столкновение личных и общественных интересов, по словам З. Фрейда, составляет естественный способ их взаимодействия, не несет в себе явного противоречия человека и социальной среды. В преступники никто не тянет и не агитирует. Более того, стоит присмотреться к тем, кого, по мнению окружающих, «испортила улица», и нетрудно заметить, что тяга к уголовной культуре

начинается задолго до совершения правонарушения. Более того, факт преступного поведения вовсе не является пропуском в среду уголовных преступников, и если человека принимают за своего по духу, он довольно долго может не участвовать в операциях. Это попросту необязательно.

В-третьих, ценности и нравы уголовной среды в точности повторяют общие закономерности поведения людей, оказавшихся в условиях, где они лишены облагораживающего влияния коллективного чувства с его альтруистической подоплекой и смягчающего действия заботы о близких людях. Пример тому – дедовщина в армии, где на сторону слабого, а тем более на его точку зрения, не может себе позволить стать даже самый авторитетный неформальный лидер, так как он неукоснительно будет отринут всей системой нравственных ценностей.

По сути, уголовная субкультура представляет собой типичную социальную нишу для неудачников с детства в коллективных и семейных отношениях. Опыт работы лечебно-воспитательных учреждений в нашей стране в прошлом и зарубежный – сегодня убеждает, что проблемы средовой дезадаптации имеют *собственную динамику*, так что воспитатель или врач могут своими методами принести в данном случае определенную пользу, но не полностью и не до конца. Для этого нужен специалист своеобразного профиля, которого в последние годы стали называть «социальным врачом».

Психическая дезадаптация, направленная внутрь личности (*деперсонализация*), ведет к переориентации ценностей на воображаемые цели. Когда это происходит, вероятность совершения непредсказуемого поступка сильно возрастает. Утрачивая эмоциональное сродство с любым реальным окружением, человек перестает зависеть от обстоятельств, которые его сознание вполне адекватно фиксирует, мышление правильно понимает, а личность в состоянии дать им объективную нравственную оценку. Не теряя самокритичности, он отлично представляет себе, как его роль выглядит со стороны, однако впечатления получают совсем иную чувственную окраску (психологи обозначают такое мироощущение как «сплиттинг» в отличие от патогенетически обусловленного отрыва от реальности – «схизис»).

Человечество давно заметило, что гордость часто маскируется самоуничижением, а люди, подвергающиеся насмешкам, гонениям и издевательствам, реагируют на них очень неоднозначно и в какой-то мере сами провоцируют агрессию против себя. На этот сюжет написано много прекрасных произведений. Так, в повести известного писателя В. Тендрякова

«Расплата» суть конфликта якобы элементарна: подросток-сын застрелил пьяницу отца, систематически избивавшего мать. Обыденнейший случай бытовой криминальности. Все симпатии действующих лиц, даже матери убитого, на стороне членов семьи, оставшихся в живых. Однако по ходу психологического анализа ситуации мы видим иное: мать испытывала острое наслаждение от мучений, особенно на глазах сына, и, тоскуя в обстановке обыденной жизни, где с ней никто не считался, неосознанно подталкивала житейскую драму к трагической развязке.

В виктимологии теория мотивации жертвы насильственных преступлений, как правило, избегает простых причинно-следственных связей и очень внимательно относится к предрасполагающим обстоятельствам, в том числе психическим особенностям провоцирующего поведения.

За последние годы в поле зрения судебной психиатрии все чаще стали попадать случаи, когда заинтересованные лица обращаются в суд с ходатайством оказать психиатрическую помощь в недобровольном порядке их близким, берущим на себя обеты религиозного содержания, противоестественные с точки зрения удовлетворения основных жизненных потребностей. Этот путь нравственного совершенствования личности известен в практике затворничества, отшельничества или соблюдения бичующих плоть ограничений. Крайности такого рода выглядят порой довольно экстравагантно и отличить их от психопатологии бывает далеко не просто.

Следующим вариантом переориентации на воображаемые ценности является ***невротизация внутреннего мира***. З. Фрейд как-то заметил: «Невроз – это монастырь для слабонерных». После такого яркого определения можно было бы и не уточнять детали, но мы считаем, что некоторые разъяснения уместны.

В тех случаях, когда реакцией на стечение неблагоприятных обстоятельств бывает невротизация, в первую очередь теряется эмоциональный интерес к событиям жизни. Невротик не стремится изменить ситуацию в свою пользу; более того, по словам Л. Фестингера, он предпочитает путь, ведущий к поражению. Экспериментальные исследования аффилиативных побуждений у невротизированных лиц в обстановке, отличающейся неопределенностью задач и неуверенностью относительно содержания эмоциональных реакций, что у обычных людей вызывает явное стремление «слиться с ситуацией и средой» (естественное, по данным авторитета в этой области Х. Айзенка), обнаружили почти полное отсутствие стремления к сопереживанию (по данным наших исследований).

Человек, невротизированный обстоятельствами, обычно

испытывает серьезные проблемы общения, однако ситуация становится воистину драматичной, когда сталкиваются интересы двух дезадаптированных людей. Диалог между ними – дело чрезвычайно сложное, а конфликт возникает как бы сам собой, без каких-то особых провокаций и в состоянии отравить сотрудничество или сосуществование бесконечными инцидентами.

Судьи и эксперты, поставленные перед необходимостью делать выводы о мотивах жестоких столкновений между воспитанными, социально положительными и нравственно зрелыми людьми, сосуществующими нередко долгие годы, не могут полагаться на обычные рецепты криминологии или психопатологии. Без учета мистического сужения мышления, нелепых страхов, изматывающих подозрений, которые выступают следствием невротизации, нельзя рассчитывать на исчерпывающий анализ личности, достойный непредвзятого и справедливого правосудия.

Как заметил Э. Фромм, «потеряв место в конкретном мире, человек перестает находить ответ на вопрос о смысле жизни, в результате он начинает испытывать сомнения в себе самом». У него в душе появляется некий экзистенциальный вакуум, порождающий тягу к иному бытию. А поскольку обязательства, создаваемые достигнутыми успехами, отсутствуют, менять правила игры можно до тех пор, пока есть новая среда, готовая принять, не задавая лишних вопросов.

«Равнодушные отщепенцы» чаще всего бывают безвредными и даже малозаметными, но именно в этом «тихом омуте» и водятся настоящие черти. Когда обстоятельства вынуждают их идти на преступление, жертве не приходится полагаться на сочувствие и сопереживание.

Естественно, в своей массе проблемы людей с ненадежными контурами личности не доходят ни до юриста, ни до врача. Они остаются в рамках индивидуальных различий и дают о себе знать наклонностью к пьянству, наркомании, эгоистичностью, лживостью и легкомысленным отношением к обязательствам. Необходимость в применении специальных знаний возникает лишь в запущенных случаях, когда попытки воспитания или лечения не находят точек опоры в установках и убеждениях. Таким людям необходим хорошо организованный внешний контроль, что, как известно, обременительно для окружающих, да и в правовом отношении не всегда доступно или оправданно.

2. Девиантное старение

Личность не только развивается, но и разрушается вполне естественным образом без вмешательства патогенеза. Причем, если нижние границы ответственности по возрасту зафиксированы достаточно жестко, установливать их на склоне лет вряд ли целесообразно (в природосообразно живущих сообществах бытовала, и нет уверенности, что кое-где еще не сохранилась, практика ритуального убийства стариков, достигших определенного возраста, когда, например, внук за общим столом засовывает в горло деда специально данную ему кость с комком жира на конце). Цивилизация позволяет каждому стареть так, как ему нравится и как у него получается. И хотя законодатель во все времена учитывал естественное снижение гражданской и уголовной дееспособности по возрасту («преступления и проступки, учиненные лицами, потерявшими умственные способности и рассудок от дряхлости или старости» не вменяются в вину – Уложение о наказаниях, ст. 97), никто не вводил правила, согласно которому, например, достижение определенного возраста служило бы достаточным основанием для назначения экспертизы психических возможностей участников процесса. Все отлично понимают, что изменения к худшему происходят, но у каждого по разному.

Здесь уместно обратить внимание на формулировку наших ближайших предков. «Дряхлость» и «старость» разделены союзом «или», что свидетельствует о наличии по меньшей мере двух явлений в общей категории. О «дряхлости», когда патогенез превращает старение в маразм, мы говорили в предшествующей главе. Там условия и обстоятельства жизни не играют существенной роли, равно и индивидуальные свойства личности. Мощная психика «разваливается» так же катастрофически, как и сравнительно примитивная. За примерами ходить не далеко. Всемирно известные президент, премьер-министр, выдающаяся актриса повторяют путь самых ординарных людей, страдающих болезнью Альцгеймера.

Картина «старости» во многом зависит от обстоятельств, в которых человек с его собственными возможностями оказывается на склоне лет. И здесь нужно различать ее аномальный и гармоничный варианты.

Гармоничная старость в ее повседневном облике известна каждому и хотя она не лишена разного рода отклонений (предки называли тех, кому не довелось жить со стариками «нескорбными» людьми, но и те могут видеть хотя бы со стороны

проблемы ухода за престарелыми). Обычно дело, как правило, не заходит дальше общественно разрешаемой девиантности. И это понятно. Не каждому дано смириться с сокращением поля деятельности, утратой потока чувств, которые нам приносят ожидания (экспектации) со стороны общества, осознанием своей аффилиативной непривлекательности и перестроиться на созерцание и рефлексию, не теряя чувства юмора. Кто-то продолжает сопротивляться естественному ограничению жизненной активности и становится как всякий неудачник себялюбивым, желчным, угрюмым, озлобленным и сварливым. «И теперь в застиранном халате на меня орет она с утра. Вот, что мы имеем в результате нами нанесенного добра. А еще кричит она на Верку. И на всех подряд она орет. Кто имел жену-пенсионерку, тот меня, товарищи, поймет», заметил как-то И. Иртенев.

Инволюционный процесс, ослабляющий приспособительные силы организма, на биологическом уровне выглядит (схематично) как расслоение коллоидной структуры протоплазмы клеток, что ведет к возрастанию энтропии и затрудняет обмен веществ. Сравнивая с растительным миром, каждую осень меняющем хлорофилл на каротин, можно получить об этом образное представление. Соответственно меняется и психика.

Если взять описания, принадлежащие перу авторитетных психиатров прошлого и настоящего, мы не увидим больших различий, что свидельствует о том, что в своей основе старость мало изменилась. Э. Крепелин отмечал «снижение восприимчивости и запоминания, сужение эмоциональной сферы, враждебность к новому, упадок активности, ослабление волевого напряжения, угасание продуктивности, неспособность к аффективным перестройкам, утрату гармонизирующих характер сил». Э. Штернберг сто лет спустя писал, «изменения психической деятельности, происходящие в процессе старения, неравномерны и подчиняются определенным закономерностям. По этой причине возрастное снижение психической деятельности представляет собой не простую сумму дефицитарных сдвигов, а особое, новое структурное состояние. К структурным особенностям психического старения относятся снижение наиболее сложных (новых, комбинаторных, творческих, интегрирующих, абстрагирующих) видов психической деятельности и относительно большая сохранность тех из них, которые основываются на использовании приобретенного опыта. Определяется сдвиг в сторону снижения психической активности, который выражается в сужении объема восприятия, затруднения сосредоточенности внимания, замедления психомоторных реакций и т. п.»

Но ограничиваться только негативными оценками было бы неосмотрительно. Хотя изменения в структуре интеллекта и личности, безусловно, не настраивают на оптимизм, в решении задач, требующих профессиональных знаний и жизненного опыта эффективность может даже повышаться. И если широкое русло наличного и вновь усваиваемого материала сужается, приобретенные знания и опыт становятся более глубокими и, как отмечают некоторые авторы, «просветленными», будучи освобождены от игры поверхностных страстей.

Психическое напряжение появляется в случае кризисов и декомпенсаций, вызванных ошибочной жизненной позицией. Здесь выделяется несколько вариантов, имеющих определенное отношение к судебной психопатологии.

«Пенсионное банкротство» представляет собой биографически обусловленные неврозы, которые могут принимать форму тяжелых депрессий. Люди такого склада малоконтактны и инфантильны изначально. Они ничего не достигли и ничего не добились. До выхода на пенсию они еще могли возмещать свою внутреннюю незрелость внешней карьерой, служебными успехами и таким образом до поры до времени уклоняться от сведения счетов с реальностью. Бегство в новую роль невозможно, и тогда им становится очевидной их незначительность. Учащение и распространение этого явления в наши дни связано, по мнению психиатров, работающих в этом направлении, со спецификой эпохи, когда способность к глубоким переживаниям и умение жить среди ограниченного круга людей, которых знаешь со всех сторон, сменилась мимолетными и ни к чему не обязывающими впечатлениями.

Страх перед внутренней пустотой человека, не способного к рефлексии (возможно, просто не обученного), может подтолкнуть к легкомысленному поиску новых объектов приложения чувств, что В. Шукшин обозначил как «стремление к билетику на второй сеанс». И в новых обстоятельствах, когда члены семьи, ожидающие наследства, вынуждены считаться с появлением претендента (у В. Токаревой такой типаж называется «старушатник»), все чаще возникают споры о расточительстве человека, попавшего под влияние из-за внушаемости.

Необходимость отказаться от привычек и поддерживающих их интересов сильно влияет на самочувствие человека. Поводом к кризам и разного рода нарушениям может быть у женщин утрата способности к деторождению с сопутствующими соматическими изменениями, а у мужчин – ослабление полового влечения. На этой почве могут возникать ипохондрия, явления неврастенического и истерического характера. У мужчин

возможно появление извращения влечений, тогда как у женщин в климактерический период криминальные наклонности могут выражаться в клептоманических действиях.

Отказ от всего как разочарование в жизни тоже встречается, особенно у натур необузданных и неуживчивых. Пресловутое «усиление социальности вследствие ослабления жизненных сил» означает нередко лишь прекращение активной борьбы с обществом, но сменяется тем, что они начинают вести бродяжничающую жизнь, преждевременно опускаются в социальном и гигиеническом отношении, протестуют против порядков в доме престарелых.

И, наконец, не следует упускать из вида некую суммарную картину пессимистической самооценки, которую обозначают как инволюционную меланхолию. В клинически тяжелых случаях она выглядит как затяжная депрессия, требующая активного лечения, но таковых не много. В остальном это всего лишь фон, окрашивающий будущее в мрачные тона. Чаще всего, не выходящий за рамки стариковской ипохондричности, ранимости, брюзгливости и обидчивости, но время от времени без явной причины обостряющийся. Тогда пьянство, а в некоторых случаях и суицидальные намерения становятся вполне вероятны.

Аномальная старость характеризуется появлением «бреда мелкого масштаба» (по С. Жислину). Относительно причин его возникновения есть разные мнения. Раньше доминировало представление о так называемой «поздней шизофрении», но последнее время «параноидное развитие периода инволюции» все больше связывают не столько с патогенезом, сколько с реакцией на изменившиеся обстоятельства жизни (социогенезом). Социальное отчуждение пожилых людей протекает в изменившихся условиях культуры.

Удлинение периода «активной старости», вызванное совершенствованием стоматологической помощи (еще совсем недавно людям даже среднего возраста приходилось довольствоваться плохо пережеванной пищей), изобретение пищевых добавок, которые улучшают обмен веществ в органах и тканях, комфорт повседневной жизни, когда человек может отдыхать в любое удобное ему время, способствовали укреплению физического здоровья, тогда как психика не всегда успевает за прогрессом. Особенно в сфере мышления.

Дело в том, что логическое мышление с присущими для него опорой на факты, умением сопоставлять их на основе общих закономерностей (знаний), способностью делать выводы из стечения разных обстоятельств (стохастичностью), для своего существования требует постоянного напряжения воли. Будучи

филогенетически достаточно поздним, оно не свойственно природе человека, навязано ему цивилизацией и не каждому доступно в равной мере. Достаточно вспомнить, каких усилий стоит ему научиться в школе. А воля – самое уязвимое место в старости. И по мере ее ослабления мысль соскальзывает к антропологически более естественным механизмам. Как отметил Э.Кречмер, «деятельность людей с такой (архаичной – Б. А.) организацией мышления определяется сознанием, слишком малодифференцированным для того, чтобы можно было в нем самостоятельно рассматривать идеи или образы объектов независимо от чувств, эмоций и страстей, которые вызывают эти идеи и образы. То, что считается собственно представлением, смешано у них с другими элементами эмоционального или волевого порядка, окрашено, пропитано ими, предполагая, таким образом, иную установку сознания в отношении представляемых объектов. Они не являются продуктом интеллектуальной обработки в собственном значении этого слова. Сила собственных представлений и существующих между ними ассоциаций столь велика, что даже самая впечатляющая очевидность бессильна против нее, в то время как взаимозависимость необычайных явлений служит объектом непоколебимой веры. Там, где преобладает эмотивное (первобытное, пра-логическое по Леви Брюлю) мышление, оно непоколебимо для опыта».

С учетом общих тенденций в реакции на социальную изоляцию такая перестройка мышления действительно может производить впечатление шизофренической. Когда человек решительно отказывается от любой попытки искать основания для того, что кажется ему самоочевидным, люди, знающие его прежним, невольно склонны искать скорее патогенез, чем мириться с наступившими возрастными изменениями. Особенно в тех случаях, когда подозрительность (умственно и информационно ограниченный человек живет в постоянной тревоге) нацелена на ближайшее окружение, которому мы (обычные люди) и без того готовы приписывать дурные намерения без всякого повода. А далее происходит описанная классиками психиатрии подмена смыслов. «Я не люблю и ненавижу их» трансформируется в «Это не я ненавижу их, а они меня», что перерабатывается в «Они преследуют меня». В воображении человека формируется так называемое параноидное псевдосообщество. В учебнике «Клиническая психиатрия» Г. Каплана и Б. Сэдока этот процесс описан следующим образом.

«Семь ситуаций способствуют развитию бредовых расстройств:

а) преувеличенное ожидание несправедливого обращения;

б) обстоятельства, способствующие усилению недоверия и подозрительности;

в) социальная изоляция;

г) ситуации, способствующие усилению чувства зависимости:

д) понижение уровня самооценки;

е) тенденция видеть свои недостатки в других;

ж) ситуации, располагающие слишком много размышлять над значением событий и мотиваций.

Когда психическое напряжение, возникающее в результате сочетания этих условий, превышает предел, который данный субъект может выдержать, он становится тревожным и ищет объяснения ситуации. В результате в воображении появляется круг лиц (сообщество заговорщиков), чьих недоброжелательных замыслов нужно опасаться».

У лиц пожилого возраста с такой деформацией мышления в фабуле бреда существенную роль играют ситуационные моменты и обыденные отношения. Такой бред направлен, как правило, против конкретных лиц их ближайшего окружения.

Естественно, при этом меняется и мироощущение в целом. Многие люди, особенно эксцентричные и одинокие, широко используют защитные механизмы фантазии, создавая воображаемую жизнь, особенно – воображаемых друзей. Некоторые «опускаются» на более низкий уровень личностного развития, напоминая подростка, который, чтобы избежать тревожности подвергает себя ненужной опасности. Иным более свойственно удерживать привычный образ действия вопреки обстоятельствам, навлекая на себя раздражение окружающих. Перенос на других собственных неприязненных чувств с яростным поиском вины с их стороны встречается особенно часто так же, как и уход в ипохондрию, прикрывающую агрессивные импульсы и не терпящую упреков. Не исключено, что на фоне отрицательных переживаний появится тенденция рассматривать себя как значительного субъекта с приписыванием себе каких-либо особенных прав и возмущением, что эти права нарушаются. Но такие переживания – не главные, они окрашивают основные расстройства психики в невротические тона, придавая сверхценным идеям индивидуальные отличия в поведении.

На сегодняшний день есть все основания полагать, что психопатология социального отчуждения в позднем возрасте будет занимать все больше места в феноменологии судебной психиатрии. Пока же остается констатировать, что юристы гораздо чаще ориентируются на образ здравомыслящего человека, созданный предшествующей жизнью клиента, чем на его нынешний статус. Под покровом привычных слов они не видят,

как изменился сам фундамент смыслообразования, и, как ни печально это признать, бред заявителя нередко становится бредом судьи, следователя или прокурора.

3. Психопатология аддиктивного поведения

Аддиктивное поведение – стремление к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния посредством употребления наркотических, токсических и психотропных средств с нелечебной целью. По смыслу, вкладываемому в это понятие, оно распространяется и на алкогольное опьянение.

Стремление к аддиктивному уходу от реальности при помощи одурманивающих средств известно еще с глубокой древности. У народов старых цивилизаций сохранились многочисленные свидетельства борьбы с этим пороком. Более примитивные человеческие сообщества, не имеющие письменности, по данным демографических исследований последнего времени, проблем с пьянством и наркотиками не знали. Если же развитые страны в целях колонизации прибегали к алкоголю или легкомысленно допускали его бесконтрольное употребление аборигенами, то население, не имевшее соответствующих привычек, расплачивалось за такую политику неразумным и беспробудным пьянством с неизбежным вырождением.

Как то А. В. Луначарский со свойственной ему метафоричностью определений заметил, что алкоголь (наркотики в первые годы советской власти не волновали правительство) не просто дурная привычка человечества, а своеобразный костыль для слабонервных, который не могли вырвать у них из рук даже средневековые драконовские меры. И скорее всего эта привычка действительно появляется у людей лишь тогда, когда они начинают испытывать гнет цивилизации. Во всяком случае, ни одно государство в своем развитии не избежало периода, когда власти безуспешно пытались искоренить стремление людей к пьянству. Поначалу запреты носили больше нравственный и религиозный характер, но с течением времени меры ужесточались. Например, во Франции король Франциск I в 1536 г. издал ордонанс, согласно которому за появление в общественном месте в пьяном виде следовало наказание палками, а рецидивисту даже могли отрезать уши. В Англии аналогичные правонарушения карались денежным штрафом или заключением в тюрьму.

Россия не отставала от Европы. Так, по указу царя Ивана III низшие сословия могли употреблять спиртное четыре раза в год.

Привилегированные – сами регулировали его употребление, но им не разрешалось исполнять служебные обязанности в нетрезвом виде. Когда же в 1428 г. в Россию из Генуи завезли водку и крепкие напитки стали продавать в царевых кабаках, была введена норма отпуска на душу населения. Кроме того, с 1652 г. действовало правило, по которому одному человеку продавали не более одной чарки четыре раза в неделю и не позднее, чем за час до обедни.

Особенной жестокостью отличались указы Петра I, согласно которым «непотребное пьянство» наказывалось с примерной строгостью, а ст. 43 Воинского устава гласила, что «когда кто пьян напьется и в пьянстве своем зло решит, тогда тот не токмо чтобы в том извинение получит, но по вине вящею жестокостью наказуем имеет быть».

В то же время на Востоке бытовали иные традиции. В Юго-Восточной Азии широко использовались продукты, содержащие опиум. На Ближнем Востоке и в Индокитае наряду с опиумом употребляли листья каннабиса (индийской конопли), получившие названия «гашиш» или «марихуана». В Южной Америке местное население употребляло листья кустарника коки. Действие сырых продуктов наркосодержащих веществ похоже на алкогольное опьянение, и использовались они с той же целью и с аналогичными злоупотреблениями. Однако на родине наркотиков существовала строго регламентированная традиция их использования. И хотя законы большей частью были негласными, они диктовались не столько государством, сколько социальным и религиозным укладом жизни, ограничения соблюдались неукоснительно.

Алкоголь на Востоке был известен, но широкого распространения не имел. Европейцы же пренебрегали наркотиками, оставляя их колонизированным народам. Образно говоря, каждый предпочитал свои пороки.

Ситуация изменилась в XIX в., когда метрополии (прежде всего Америка) открыли свои границы для жителей колоний, которые стали переселяться целыми анклавами вместе со своими культурными традициями. Произошел обмен привычками. Из «китайских кварталов» опиум и гашиш потекли в города. Не заставило себя ждать и знакомство с кокаином. Общество забеспокоилось. Уже в начале XIX века в Америке была создана лига «Против опиума», ставившая цель добиться государственного запрета на его использование. В нескольких штатах были приняты надлежащие меры, но это не изменило ситуации в целом. В 1845 г. во Франции был принят закон о наркотических веществах, имеющий задачи пресечь контрабанду

наркотиков (в первую очередь опия) в страну. В других государствах Европы были предприняты аналогичные шаги, но без существенного успеха. Наступление наркотиков на Запад продолжалось.

К концу XX в. производство опия в суммарном объеме составляло примерно 18 000 тонн, так как рынок для его немедицинского использования был чрезвычайно соблазнителен.

В 1909 г. была созвана Шанхайская опийная комиссия, в работе которой участвовали 13 стран. Она подготовила и провела в 1911 г. Гаагскую международную конференцию, на которой 12 стран, в число которых вошла и Россия, выработали Конвенцию о наркотиках, предусматривающую меры по свертыванию производства и торговли опиумом.

С Первой мировой войной появились новые проблемы. В частности, границы между культурами еще более стерлись, произошла колоссальная миграция населения, и потребление наркосодержащих веществ превратилось в настоящее бедствие.

Стало ясно, что без вмешательства Лиги Наций рассчитывать на сколько-нибудь эффективные меры не приходится. Ею и было принято международное соглашение о запрещении производства, внутренней торговли и использования очищенного опиума (Женевское соглашение от 11 февраля 1925 г.) и международная конвенция по опиуму (Женевская конвенция от 19 февраля 1925 г.).

В то же время торговцы наркотиками стали объединяться в международные преступные организации. Кроме того, не все страны хотели поступиться выгодным бизнесом, так что возникла необходимость введения межгосударственных уголовно-правовых санкций за незаконные действия в сфере оборота наркотиков. Женевская конвенция о запрещении незаконной торговли наркотическими средствами 1936 г. предусматривала возможность выдачи преступника иностранному государству для привлечения к ответственности.

Вторая мировая война еще больше стерла границы между национальными привычками, нравами, укладами жизни. Это не могло не отразиться на проблеме наркотизма. Сразу по завершении войны ООН утвердила комиссию по наркотическим средствам, которая в 1961 г. подготовила и приняла для подписания международный многосторонний договор о наркотических средствах (СССР подписал его 13 декабря 1964 г.). На основании данного договора 21 февраля 1971 г. была принята Конвенция о создании системы международного контроля за производством и распространением наркотических веществ, а 20 декабря 1988 г. – Конвенция о борьбе против незаконного оборота

наркотических и психотропных веществ.

Для дореволюционной России и СССР участие в межгосударственном движении против наркотиков имело главным образом характер международной солидарности, ибо внутри страны власть и общественность были заняты исключительно проблемой пьянства. Наркомания была уделом или глухих окраин, или небольшой прослойки интеллигенции. Народ же в своей массе банально спивался. Не помогала и винная монополия. Так что первый Всероссийский съезд по борьбе с пьянством в 1910 г. констатировал удручающую картину.

На период Первой мировой и Гражданской войн свободный оборот алкогольной продукции был запрещен («сухой закон»), после чего постановлением ЦИК и СНК СССР от 3 декабря 1924 г. введена государственная монополия на производство спиртных напитков, действовавшая до недавнего времени. УК РСФСР содержал несколько норм, предусматривавших ответственность за незаконные операции с наркотическими веществами (изготовление, хранение, сбыт, содержание притонов, употребление), а постановление ЦИК и СНК от 25 мая 1928 г. запретило свободное обращение кокаина, героина, гашиша. Народный Комиссариат здравоохранения (Наркомздрав) ввел правила приема, хранения и отпуска наркосодержащих веществ.

Наказание за нелегальное соприкосновение с наркотиками было не очень суровым, но неотвратимым, так что о черном рынке и международной наркомафии советские люди знали только понаслышке. Наркоманов было немного, в основном в сферах, близких к медицинскому обороту наркосодержащих средств. Наркотизм считался классово чуждым явлением и искоренялся всенародно. Больше хлопот обществу и государству по-прежнему доставляло пьянство. Пить алкогольные напитки не запрещалось. Количество же выпиваемого время от времени пытались ограничивать административными мерами (вроде карточной системы). Однако меры, эффективные во времена Ивана III, в XX веке не действовали. Слишком доступно было сырье для производства алкоголя. Поэтому ставка была сделана на методы воздействия общественно-политического характера.

В 1927 г. ЦИК и СНК приняли постановление «Об организации местных специальных комиссий по вопросам алкоголизма», которые впоследствии плавно переросли в комиссии по борьбе с пьянством местных органов власти – исполкомов. Большую роль в профилактике алкоголизма играли профсоюзы. Не стоял в стороне и законодатель. Кодекс законов о труде (КЗоТ) позволял безоговорочно увольнять за появление на работе в нетрезвом виде, Кодекс о браке и семье (КоБС) сильно

ограничивал родительские права пьяниц, Гражданский кодекс (ГК) ограничивал их дееспособность, Кодекс об административных нарушениях (КоАП) не дозволял употреблять спиртное в общественных местах и до степени, нарушающей общественную нравственность, Жилищный кодекс (ЖК) позволял выселять дебоширов и пьяниц, Уголовный кодекс (УК) ужесточал наказание за правонарушения, совершенные в нетрезвом состоянии. Как видим, правовая ситуация для искоренения пьянства была создана, однако окончательный успех все-таки не давался. Народ явно злоупотреблял своим правом действовать во вред своему здоровью и общественному благополучию, что заставило режим усилить репрессивные меры. В 1972 и 1974 гг. Президиумом Верховного Совета РСФСР были приняты указы о принудительном лечении и трудовом перевоспитании хронических алкоголиков и лиц, страдающих наркоманией.

Установки на принуждение и трудовое перевоспитание никого не удивили. Основанием для лишения свободы сроком от шести месяцев до двух лет стал отказ от добровольного лечения при наличии ходатайства со стороны общественных организаций, трудовых коллективов, государственных органов, а также членов семей. Постановление суда в подобных случаях обжалованию не подлежало, а выносимые решения исполнялись органами внутренних дел, для чего в их структуре был сформирован «лечебно-трудовой профилакторий» (ЛТП) – учреждение, побег из которого приравнивался к побегу из места заключения.

В русле принятых решений Министерство здравоохранения СССР создало мощную службу наркологической помощи (кабинеты на производстве, диспансеры и больницы по месту жительства, подразделения в системе МВД) с целью охватить диспансерным наблюдением население страны, злоупотребляющее одурманивающими средствами, до того, как физическая и психическая зависимость от наркосодержащего вещества станет очевидной.

Перестройка внесла свои коррективы. Руководствуясь заключением Комитета конституционного надзора СССР о законодательстве по вопросу о принудительном лечении лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманией (1990 г.), Верховный Совет РСФСР в Законе об учреждениях и органах, исполняющих наказание в виде лишения свободы (1993 г.) отменил указы о принудительном лечении алкоголиков и наркоманов и передал лечебно-трудовые профилактории (ЛТП) в систему исполнения уголовных наказаний для перепрофилирования их в обычные исправительные учреждения. Тем самым на российской сцене противонаркотической политики сменились главные

действующие лица. Если раньше от диагноза врача наркологического подразделения зависели решение суда и соответственно факт лишения свободы за отказ следовать рекомендации полечиться добровольно, то теперь он превратился в лицо, оказывающее услуги населению. Власть и страх перед властью перестали быть инструментом воздействия на наркозависимых людей.

Концепция национальной политики по контролю за наркотиками, утвержденная постановлением Верховного Совета РСФСР в 1993 г., целевая программа Правительства РФ «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту до 2000 г. (продленная впоследствии), закон «О наркотических средствах и психотропных веществах» 1998 г. были нацелены прежде всего на создание благоприятной обстановки самореализации личности и ограждение граждан от криминального рынка, нежели на борьбу с теми, кто склонен принимать одурманивающие средства.

Тем не менее, вопросы противодействия так называемому наркотизму по-прежнему заботят общество и государство. Законотворческая работа в этом направлении продолжается. Охватить все ее аспекты в нашем пособии было бы нереально, да и ни к чему, так что мы сосредоточим внимание лишь на том, что имеет отношение именно к психопатологии.

Регуляции оборота одурманивающих средств мы вообще касаться не будем.

Защита личных прав людей, чьи интересы бывают задеты при использовании человеком одурманивающих веществ, реализуется по нескольким направлениям.

1. Сам факт опьянения, когда человек доводит себя до него в неподобающем месте и до недопустимой степени, влечет за собой административную ответственность.

Статья 20.21 КоАП гласит: «*Распитие спиртных напитков… или появление в общественных местах в пьяном виде, оскорбляющем человеческое достоинство и общественную нравственность, влечет наложение штрафа… или административный арест на срок до пятнадцати суток*».

2. К разряду преступлений против здоровья и общественной нравственности относятся действия, способствующие распространению привычки употреблять одурманивающие вещества.

Статья 151 УК: «*Вовлечение несовершеннолетнего в систематическое употребление спиртных напитков, одурманивающих веществ….наказывается… лишением свободы на срок до четырех лет*».

Статья 230 УК: «*Склонение к потреблению наркотических средств или психотропных веществ наказывается… лишением свободы на срок до пяти лет…*».

Статья 232 УК: «*Организация либо содержание притонов для потребления наркотических средств или психотропных веществ наказывается лишением свободы на срок до четырех лет… Те же деяния, совершенные организованной группой, наказываются лишением свободы на срок от трех до семи лет*».

Статья 6.10 КоАП: «*Вовлечение несовершеннолетнего в употребление одурманивающих веществ влечет наложение штрафа…*».

3. Появление на работе в нетрезвом виде может повлечь за собой отстранение от работы или расторжение трудового договора (контракта) по инициативе администрации.

4. На занятие отдельными видами деятельности, связанной с источниками повышенной опасности, для больных наркоманией устанавливаются ограничения. В соответствии со ст. 45 Закона РФ о наркотических средствах и психотропных веществах перечень отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, на занятие которыми устанавливаются ограничения, определяется Правительством РФ.

5. Пьяница или наркоман, ущемляющий материальные интересы своей семьи в связи со злоупотреблением спиртными напитками или наркотическими средствами, может быть ограничен в дееспособности, т. е. лишен права распоряжаться доходами, заработной платой, пенсией без согласия попечителя, но не освобожден от ответственности за совершение сделки и причиненный вред (ст. 30, 1077 ГК).

Здесь уместно вспомнить, что наши предки приравнивали пьяниц к расточителям при решении вопроса о назначении опеки.

6. Родители, являющиеся наркоманами или хроническими алкоголиками, могут быть лишены родительских прав (ст. 69 СК). Если же взрослый человек хочет заменить родителей, быть усыновителем, опекуном, попечителем, приемным родителем, но является наркоманом или алкоголиком, он не сможет получить разрешение на это (ст. 127, 146, 153 СК).

Необходимость ***мер медицинской защиты*** обусловливается степенью ущербности воли наркозависимого человека и обосновывается наличием болезненного расстройства психики. Поэтому в этих мерах сочетаются формы воздействия, направленные на социальный контроль за поведением, лечением организма и перевоспитанием личности.

Ближе всего к обыденной жизни стоит диспансерный учет в

наркологическом учреждении, которому подлежат люди, оказавшиеся в поле зрения врачей не по своей воле (отравление, потребовавшее лечения в токсикологическом центре, или систематическое помещение в вытрезвитель; психозы, ставшие причиной госпитализации в психиатрический стационар; наркологическая экспертиза по поручению суда и следствия и в связи с противоправным поведением). Факт нахождения на учете означает наличие зависимости от наркосодержащего, токсического или фармакологического вещества и служит основанием для ограничений в выборе занятий, связанных с источником повышенной опасности (например, вождение автомобиля, владение оружием, допуск к ряду профессий). Кроме того, в случаях, предусмотренных законом, состоящий на учете может быть лишен и некоторых прав (например, опекунства над несовершеннолетним).

Сравнительно реже к алкоголикам и наркоманам применяются меры, предусмотренные Законом о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании для лиц, не желающих получать добровольно медицинскую помощь, которая им объективно необходима.

И наконец, в тех случаях, когда человек совершает уголовно наказуемое деяние, к нему могут применяться меры принудительного лечения наркомании и алкоголизма в рамках уголовного дела.

Статья 97 УК гласит: «…*принудительные меры медицинского характера могут быть назначены судом лицам, совершившим преступление и признанным нуждающимися в лечении от алкоголизма и наркомании*».

Статья 99 УК уточняет, что «*лицам, осужденным за преступления, совершенные в состоянии вменяемости, но нуждающимся в лечении от алкоголизма и наркомании, суд наряду с наказанием может назначить принудительную меру медицинского характера в виде амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра*».

Статья 104 УК добавляет, что «*принудительные меры медицинского характера исполняются по месту отбывания лишения свободы, а в отношении осужденных к иным видам наказания – в учреждениях органов здравоохранения, оказывающих амбулаторную психиатрическую помощь*».

Вопрос о необходимости принудительного лечения от алкоголизма и наркомании может быть поставлен и администрацией места лишения свободы. Так, согласно ст. 18 УИК РФ «*если во время отбывания наказания, связанного с лишением свободы, будет установлено, что осужденный болен*

алкоголизмом или наркоманией, администрация учреждения, исполняющего указанный вид наказаний, направляет в суд представление о применении к такому осужденному принудительных мер медицинского характера».

Как видим, воздействие на личность (наказание) дополняется насильственным вмешательством в организм больного, ибо методы лечения врач выбирает самостоятельно. Единственное, что ему не разрешается, это проведение испытаний медицинских средств и использование методов, вызывающих необратимые последствия (ст. 11 Закона о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании). Само по себе такое сочетание мер достаточно эффективно, но не следует забывать, что принудительные меры медицинского характера несут в себе и весьма значительный элемент социального контроля.

Дело в том, что наказание имеет срок исполнения и заканчивается по его истечении без дополнительного судебного рассмотрения, тогда как принудительное лечение длится до тех пор, пока, по мнению суда, «не отпадает необходимость в применении ранее назначенной меры либо возникает необходимость в назначении иной принудительной меры медицинского характера» (ч. 3 ст. 102 УК). Это означает, что и после отбытия наказания лицо продолжает находиться под наблюдением врачей и получать лечение, уклониться от которого не имеет права под угрозой применения более строгих способов ограничения (например, помещения в психиатрический стационар).

Остается лишь напомнить, что пристрастие к алкоголю, наркотическому, токсическому или фармакологическому веществу не является преступным по своей сути. Оно неприятно окружающим, затрагивает их интересы, содержит известный риск отрицательных социальных последствий, но не подлежит уголовному наказанию. К тому же, втягиваясь в аддиктивную форму поведения, человек не становится преступником по мировоззрению, не накапливает опыта криминальной субкультуры. В сущности, он остается хотя и не вполне достойным, но все-таки обычным членом общества. Тем более что наркопристрастия встречаются во всех слоях населения. Естественно, и среди преступников есть алкоголики и наркоманы, но если правонарушение совершено импульсивно, по случайному поводу, связано с абстиненцией, человек в местах лишения свободы попадает в социально и психологически чуждую ему среду. А дряблая воля, зависимость от окружающих, склонность к уходу во внутренний мир, неумение найти поддержку у окружающих делают его настоящим заложником социальной

стихии замкнутого пространства, где издевательство над слабым относится к числу наиболее популярных развлечений. Так что меры социального контроля без отрыва от привычной среды обитания бывают, как правило, гораздо эффективней помещения в среду уголовных преступников.

Перечень веществ, которые государство относит к наркотическим или психотропным достаточно велик. Он представлен в специальном приложении к закону «О наркотических средствах и психотропных веществах», утверждается правительством и время от времени обновляется по мере необходимости. Для нас же более актуальна классификация, основанная на психологии взаимодействия человека с одурманивающим веществом.

Алкоголь – жидкость, содержащая этиловый (винный) спирт (этанол). Алкоголь участвует не только в обмене веществ живых теплокровных существ, но, по сути, имеется во всех биологических средах. Даже обычная речная вода содержит до 1 г этилового спирта на кубический метр. Таким образом, организм человека всегда имеет в своей внутренней среде какое-то количество этого химического вещества. Если же количество этанола в крови нарушается, следует ответная реакция организма.

Алкоголь быстро всасывается желудочно-кишечным трактом, и через 1,5–2 часа его концентрация в крови достигает максимального уровня. Разрушается алкоголь в печени со скоростью 6–7 г в час. Алкогольная кома развивается при концентрации этанола около 3 г на литр, а смертельной концентрацией является 5–6 г на литр.

Тяжесть алкогольного опьянения определяется не только дозой спирта. Влияние последнего на центральную нервную систему зависит и от ее функционального состояния (органическая недостаточность, утомление, физическое истощение, преклонный возраст и др.). Зачастую человек, ориентируясь на свою привычную реакцию, недооценивает имеющуюся слабость и принимает дозу, превышающую его сиюминутную возможность. В результате развивается тяжелая форма опьянения с последствиями, на которые пьющий поначалу не рассчитывал.

Исходя из этих соображений, законодатели разных стран время от времени брал за основу тезис о том, что пьяный человек, по сути, отравлен и его поступки нужно оценивать, учитывая обстоятельства, при которых произошло опьянение. Так, в Англии и сегодня состояние острой интоксикации алкоголем может быть основанием для исключения преступного намерения при

совершении деяния под влиянием опьянения, если человек сознательно не привел себя в такое состояние для совершения деликта.

В нашей стране аналогичную практику вводили в 20-е гг., однако отказались от нее по тем соображениям, что взрослый человек осознает действие алкоголя на поведение и если употребляет его в количествах, нарушающих контроль разумной воли над поступками, должен отвечать за то, что привел себя в опасное состояние. К тому же алкоголь не ликвидирует такие качества личности, как социальные навыки, привычки, моральные убеждения и т. п.

Исключение делается лишь для случаев, когда у человека (как правило, психически истощенного) после приема алкоголя развивается болезненное расстройство психики, не являющееся прямым следствием употребления спиртного (ни по количеству, ни по времени, ни по рисунку поведения). Такие варианты получили название «патологическое опьянение», но это уже из раздела психопатологии.

Систематическое употребление алкоголя через некоторое время (обычно на это уходят годы) вызывает физическую и психическую зависимость от него. Пьянство переходит в новое качество – алкоголизм. Привычка иметь в крови повышенный процент алкоголя переходит в разряд витальных потребностей. Организм начинает реагировать не на поступление, а на *исчезновение* спирта из внутренней среды.

Состояние при этом характеризуется следующими симптомами:

а) сильной потребностью в алкоголе (алкогольный голод), заглушающей многие привычные для человека побуждения;

б) тягостным переживанием отмены, когда алкоголь длительное время не поступает в организм (алкогольное влечение);

в) увеличением дозы, необходимой для опьянения (толерантность), со склонностью использовать неочищенные продукты перегонки спирта (например, денатурат, вызывающий более тяжелые формы алкогольной интоксикации);

г) продолжением пьянства вопреки очевидности вредных последствий;

д) нарушением способности контролировать нарастание степени опьянения.

Естественно, что психические процессы на фоне хронической алкогольной интоксикации начинают протекать иначе. Возникают переживания, не вызванные жизненной ситуацией, т. е. подтверждаются слова Гиппократа о том, что «пьянство –

добровольное безумие». Человек становится пациентом психиатрической службы.

Алкогольный делирий (белая горячка) – психоз, значительно превосходящий по частоте встречаемости все остальные алкогольные психозы. Преобладают расстройства ночного сна с кошмарными сновидениями, страхами, частыми пробуждениями, астенические расстройства и изменчивый аффект (легко возникающие пугливость, тревога).

Делирий развивается спустя несколько часов или дней после прекращения приема алкоголя на фоне выраженных абстинентных расстройств или при обратном их развитии. Начальные симптомы, появляющиеся ночью: наплывы образных представлений и воспоминаний, зрительные иллюзии; общая оживленность мимики и моторики; неустойчивое, легко отвлекаемое внимание; изменчивое настроение с быстрой сменой диаметрально противоположных аффектов; преходящая дезориентировка или неполная ориентировка в месте и во времени, В развернутой стадии появляется полная бессоница, возникают иллюзии фантастического содержания (парейдолии) и истинные зрительные галлюцинации. Преобладают микроскопические галлюцинации (насекомые, мелкие животные, рыбы, змеи, нити, проволока, паутина); реже больные видят людей, крупных животных, человекоподобных существ, мертвецов, в том числе фантастического облика. При углублении делирия возникают слуховые, обонятельные, термические, тактильные галлюцинации, в том числе локализующиеся в полости рта; расстройства схемы тела, ощущение нарушения положения его в пространстве.

Продолжительность делирия обычно 3–5 дней, но иногда психоз затягивается до 1–1,5 недель. Чаще выздоровление наступает после глубокого продолжительного сна, иногда постепенно с временным ослаблением симптомов и их последующим появлением, но уже в менее выраженном виде.

Острый алкогольный галлюциноз (алкогольный галлюцинаторный) в отличие от белой горячки протекает без признаков нарушения сознания, ориентировка в окружающем сохраняется. Его основным психопатологическим признаком является наличие слуховых, вербальных галлюцинаций. Слуховые обманы, как правило, носят тематический характер: иногда это знакомый голос, который обвиняет больного в неправильном поведении, пьянстве и других злоупотреблениях. Часто несколько голосов комментируют состояние больного, обвиняют и защищают его, спорят о нем. Критическая оценка своего состояния на этом этапе отсутствует, и потому больной нередко

вступает в полемику с голосами, жалуется окружающим на неправильную оценку голосами его поведения. Бредовые идеи или отсутствуют, или соответствуют по содержанию тематике галлюцинаторных расстройств. Зрительных галлюцинаций, как правило, нет или они носят отрывочный характер.

Алкогольный галлюциноз прекращается под влиянием лечения или спонтанно (при отказе от злоупотребления алкоголем). Однако чаще всего заболевание приобретает подострое и даже затяжное течение и может длиться месяцами и годами. При хронических течениях больные привыкают к слуховым галлюцинациям и их состояние мало проявляется в профессиональной деятельности и поведении. При рецидивирующем течении приступы исчерпываются синдромом вербального галлюциноза с истинными расстройствами восприятия и бредом преследования.

Острый алкогольный параноид (алкогольный бред преследования) возникает преимущественно в период абстиненции, в ряде случаев – во время запоя. Его развитию предшествует короткий период выраженной тревоги. Затем без каких-либо размышлений и сомнений больным овладевает непоколебимое убеждение в том, что он будет немедленно физически уничтожен. Часто больной видит не только приготовление к расправе, но и ее орудия: блеснувший нож, высовывающееся из кармана дуло пистолета, веревку, приготовленную для удушения, и т. п. Видимое «подтверждается» словами и репликами соответствующего содержания, которыми якобы обмениваются окружающие.

Наряду с образным бредом всегда наличествует страх или напряженная тревога. Поступки носят импульсивный характер, чаще всего больные стараются скрыться. Спасаясь бегством, они нередко с опасностью для жизни выпрыгивают на ходу из транспорта, прячутся, убегают полураздетыми, несмотря на мороз и непогоду, в безлюдные места, могут в отчаянии нанести себе серьезные повреждения, предпочитая умереть «более легкой смертью».

Алкогольный бред ревности (алкогольный бред супружеской верности, алкогольная паранойя) возникает у лиц с параноидальным складом характера, реже – на фоне алкогольной деградации. Сначала мысли о супружеской неверности возникают эпизодически, лишь в опьянении или похмелье. Психогенный фактор определяет появление сверхценных идей супружеской неверности, сохраняющихся теперь и вне состояний, связанных с алкогольными эксцессами. Ревнивые подозрения усиливаются или, напротив, ослабевают на данном этапе в связи с реальными

и психологически понятными факторами. В этот период у больных преобладает дисфорический аффект, они часто буквально истязают жен всевозможными расспросами о деталях и причинах «измен», с исступлением требуя признания вины, которую обещают великодушно простить.

Продолжающееся пьянство не только способствует усилению симптомов психоза, но и увеличивает риск агрессии больных. Алкогольный бред ревности, колеблясь в своей интенсивности, может продолжаться годами.

Опиаты. Действующее начало этой группы веществ относится к алкалоидам – химическим соединениям растительного происхождения, которыми особенно богаты маковые, лютиковые и бобовые. Ведущую роль играет морфин, выделенный в чистом виде из сырья в 1806 г. аптекарем из Ганновера Зертюрнером.

В XIX в. опий был популярным средством, привычным для домашней аптечки, вроде современного анальгина. Его использовали без страха расплатиться за излечение (к примеру, от поноса) грозной наркотической абстиненцией. В немедицинских целях применялся опий-сырец, сжигаемый в специальных трубках для вдыхания его испарений. При этой процедуре возникало опьянение, напоминающее алкогольное, так что завсегдатаи опиекурилен мало отличались от пьяниц.

Картина радикально изменилась после того, как в 1874 г. Райт заменил в молекуле морфина некоторые элементы (гидроокислы на ацетилы) и получил мощный заменитель морфина, назвав его героином. Вначале героин пустили в медицинский оборот, но вскоре были вынуждены отказаться от изобретения из-за быстро развивающегося у потребителей наркотического пристрастия (мощная наркотическая предрасположенность).

Между тем официальная наука дала толчок, которым воспользовалась социальная стихия. Черный рынок в полной мере использовал метод «обогащения» опия и наводнил земной шар героином, адаптированным для наркозависимости. Современный героин не разлагается на воздухе, может транспортироваться в форме порошка, легко растворим в воде и может быть введен в кровь внутривенным вливанием.

Несмотря на усилия государственных и общественных институтов, наркобизнес с помощью героина осуществил гигантский эксперимент над человечеством. Число ознакомившихся с действием этого наркотика (как правило, уже в подростковом возрасте) весьма значительно.

Вместе с тем стало также ясно, что зависимость от наркотиков не фатальна… Научные исследования подтвердили,

что в мозгу млекопитающих (в том числе человека) имеются специальные нервные клетки (рецепторы), которые в соединении с опиатами начинают функционировать в ином режиме, чем раньше. Таких людей, которые становятся наркоманами чуть ли с первых инъекций героина, чуть больше 1 % населения.

Прием веществ вне абстинентных симптомов ничего специфического не вызывает. Появляются вялость, пассивность, рассеянность внимания. При передозировке – угнетение дыхательного центра с вероятной остановкой дыхания.

Пристрастие к наркотику вызывает перестройку всего организма. Склонный к наркомании организм начинает жадно поглощать все возрастающие дозы вещества. Так, если для нормального человека прием 60 мг морфина смертелен, то у наркомана разовая доза намного больше (до 5 000 мг). Можно предположить, что алкалоиды замещают в обмене веществ какие-то вещества, необходимые для жизни, и переводят организм в иной режим работы, становясь ему жизненно необходимыми.

Через 6–8 часов после приема очередной дозы наркоман начинает ощущать своеобразный «голод». У него появляются чувство тревоги, страстное желание вновь получить препарат (восстановить уровень его содержания в крови), тошнота, повышенная потливость, учащенное сердцебиение, спазмы в животе. Далее возникают жажда, бессонница, судорожные сокращения мышц (спазмы). Человек не может удержаться в спокойном состоянии.

Отчетливые явления абстиненции развиваются на второй-третий день после прекращения приема наркотика, а максимально – в следующие 7-10 суток.

На фоне так называемого «синдрома отмены» разумная воля человека не играет существенной роли, ибо все устремления направлены исключительно на поиск возможности снять тягостное состояние, которое переживается чисто инстинктивно как надвигающаяся гибель. И хотя от абстинентного синдрома умирают сравнительно редко, комплекс испытываемых чувств вполне заслуживает такого сравнения. Недаром тяжелые варианты героиновой абстиненции считаются достаточным основанием для того, чтобы расценивать противоправные поступки как совершенные в состоянии, когда человек не мог в полной мере осознавать фактический характер и социальные последствия своих действий или руководить ими.

После введения очередной дозы наркотика прекращение тягостных ощущений и возникающее чувство наслаждения («кайф») переживаются как сладостное избавление от мук. Наступает состояние тяжелой наркозависимости.

Средства, позволяющие «отодвинуться» от реальности, можно подразделить на две группы. В первую входят производные каннабиса (индийской конопли – Cannabis Indica), известные под названием гашиша и марихуаны, а также иные изомеры тетрагидроканнабиолы. В другую – фармакологические средства с транквилизирующим (успокаивающим, отрешающим, снотворным) эффектом.

Гашиш (марихуана) – вещество, добываемое в виде смолы из цветущих верхушек конопли либо содержащееся в ее листьях, которые сушат и используют как табак. Смолу после предварительной обработки (варят с водой и маслом) принимают внутрь в форме пилюль или добавок в пищу. Химически чистого препарата тетрагидроканнабиолы не получено, и в лабораторных условиях он не синтезирован, так что научные знания о механизме воздействия его на организм ограничиваются наблюдениями за реакцией после приема вещества.

В медицинских целях продукты каннабиса не применяются. Их издревле использовали в повседневной жизни для получения состояния, которое чем-то напоминало опьянение. Правда, это состояние не содержало той эйфории и эмоционального подъема, которые возникают после приема алкоголя.

Любители гашиша – из числа тех, кто тяготится реальностью – либо скучной, либо угнетающей. Они стремятся к ощущению отрешенности, созерцательной нейтральности чувств. Бесцельное времяпрепровождение становится приятным, окрашивается оживленным воображением. Эффект от приема каннабиса возникает сразу и длится несколько часов. В это же время несколько усиливается обмен веществ и, как результат, появляется чувство голода.

Передозировка вызывает дезориентацию в пространстве и времени, иллюзорное восприятие происходящего, расстройство чувства тела, при этом облегчаются такие реакции, как возбуждение и агрессия.

Реакция на отмену заметна, главным образом, в психической сфере. У человека, привыкшего к гашишу, постепенно формируются устойчивое чувство страха перед психическим напряжением и стремление уклониться от реальной жизни. Лишение возможности «отодвинуться» от жизненных проблем вызывает у него чувство тревожной неуверенности в себе, что в зависимости от склада личности в целом может сопровождаться разного рода невротическими переживаниями. Поэтому общество и государство хотя и относились к каннабису более или менее терпимо, никогда не использовали его в своих интересах (как, например, алкоголь), а в XX в., когда от человека потребовалась

высокая социальная активность, продукты каннабиса были повсеместно запрещены к употреблению. Сделать это оказалось не так просто, ибо в климате, близком к субтропическому, индийская конопля растет как сорняк. Поэтому возделывать ее нет необходимости, а проследить за собирателями цветов и листьев индийской конопли затруднительно. Так что контроль эффективен лишь на пути транспортировки продукта к потребителю.

Лекарственные вещества, используемые людьми с целью отрешения от огорчений текущей жизни, представлены достаточно широко. Речь идет в основном, о барбитуратах (барбамил, веронал, люминал и др.) и транквилизаторах (диазепам, оксазепам, сонапакс и др.).

Для обозначения их наркопохожего эффекта Всемирная организация здравоохранения долго искала подходящие термины (например, «лекарственная зависимость»), но, в конечном счете, была вынуждена остановиться на обычном понятии «наркотизм», исходя из факта аддиктивного поведения как основополагающего в любом из вариантов немедицинского использования веществ с одурманивающей целью, подразумевая «психическое, а иногда также и физическое состояние…. характеризующееся определенными поведенческими реакциями, которые включают настоятельную потребность в постоянном или периодическом возобновлении приема определенного средства для того, чтобы избежать неприятных симптомов, обусловленных прекращением приема этого вещества… без соматических явлений абстиненции».

Стимуляторы. Вещества с таким эффектом тоже неоднородны по своему составу.

Вначале среди них на первом месте стоял кокаин, но за последнее время черный рынок стал насыщаться разнообразными синтетическими препаратами, главным образом стимулирующими лекарствами, которые применяются в комбинациях, получивших полуофициальное название «экстази».

Кокаин – алкалоид со сложной химической структурой, содержащийся в листьях кустарника кока (Erythroxyion coca), произрастающего в Южной Америке. Синтетических заменителей не имеет. С 1879 г. используется в качестве средства для местной анестезии (обезболивания) при операциях на слизистых оболочках, поскольку, проникая через них, быстро достигает нервных окончаний и лишает их болевой чувствительности на 10–30 минут. Всасываясь в кровь, он влияет на центральную нервную систему, парализуя высшие задерживающие центры и активизируя двигательную сферу. В дозах 0,01–0,03 г вызывает

повышение активности, сопровождающееся экзальтацией (восторженно-возбужденным состоянием) и снижением способности к восприятию внешних впечатлений. При приеме 0,05 г возникает картина отравления с обмороками, одышкой, падением сердечной деятельности. Смерть может наступить от остановки дыхания.

Употребляющие очищенный кокаин испытывают подъем духа, течение мысли ускоряется, появляется чувство легкости в теле. Однако через 30–40 минут экзальтация сменяется угнетением, тревожностью, неуверенностью в себе, что переживается как тягостное состояние, побуждающее продолжать прием вещества. При передозировке усиливается картина отравления, когда тревога выражается в суетливости, боязливость перерастает в манию преследования, появляются типичные галлюцинации (например, ощущение насекомых на коже).

Абстиненции в форме физической зависимости не наблюдается, что позволяет сравнительно быстро прерывать кокаиновую интоксикацию.

Постоянное употребление кокаина влечет за собой развитие симптомов разрушения нервно-психической сферы: происходит ослабление памяти и воли, нарушается координация движений, появляются тревожно-боязливое состояние, зябкость. Наблюдается также резкое снижение веса тела (исхудание). В этих случаях необходимо не столько отвыкание от кокаина, сколько восстановление здоровья в целом.

Стимулирующие лекарственные препараты (амфетамин, фенамин, сиднокарб и др.) применяются в медицине для оживления защитных сил организма на короткое время и по весьма ограниченным показаниям. Их популярность связана не столько с болезнями, сколько с желанием людей на некоторое время обеспечить себе повышение работоспособности. И хотя это, вроде бы, не строго медицинское потребление, о наркомании до последнего времени в таких случаях речи не было.

Лишь в последние годы появилась тенденция использовать стимуляторы с аддиктивными намерениями. Так, В. Симопулос в статье, броско озаглавленной «Насилие – отвратительное лицо амфетаминовой наркомании», обобщив клинические наблюдения в США, отметил, что к стимуляторам тянутся люди, у которых выражены такие качества, как эмоциональная неустойчивость, подозрительность, импульсивность, повышенная агрессивность и склонность к обманам восприятия. Действие амфетамина на центральную нервную систему, вызывающее общее возбуждение, облегчает реализацию насильственных действий, к которым такие люди предрасположены.

В нашей стране черный рынок начал осваивать коктейли из стимуляторов, пока не имеющие определенной токсикологической характеристики (скорее всего, из-за того, что при их производстве еще слишком много самодеятельности), но с обобщенным эффектом, который пока обозначается как «экстази».

Токсические вещества (галлюциногены, психодизлептики, психотомиметики). Уже само название подчеркивает их способность расстраивать психическую деятельность, искажать поле сознания и вызывать галлюцинации (обман чувств, ложное восприятие).

Из препаратов этой группы наиболее известны такие алкалоиды, как лизергиновая кислота, содержащаяся в спорынье, мескалин, встречающийся в кактусе корофора, произрастающем в долине р. Рио-Гранде (США), атропин, создающий специфический эффект приема белены, мухомора и других растений нашей географической широты. Издревле эти вещества для приведения себя в необычное состояние использовали люди, выполняющие специфические задачи (колдуны в Америке, шаманы в Сибири и на Чукотке при исполнении религиозных обрядов, викинги перед атакой на незнакомые берега и т. п.). Обычно людям и не приходило в голову таким образом реагировать на проблемы повседневной жизни. Цивилизация внесла здесь свои коррективы.

У человека (как и у других млекопитающих) после приема и естественных (высушенные растения, настойки, вытяжки), и синтетически изготовленных психодизлептиков наступают следующие изменения: восприятие окружающего становится нечетким, расстраивается ощущение тела, возникают яркие зрительные видения или видимое кажется измененным, ярко окрашенным, звуки и цвета как бы переливаются друг в друга, появляется насильственный смех или плач, повышается возбудимость, в сфере эмоций преобладает страх или эйфория.

Медицинское использование перечисленных препаратов довольно узкое, в основном для купирования неотложных состояний в арсенале скорой помощи. Систематический прием обусловлен очень немногочисленными показаниями. Например, при бронхиальной астме помогает курение высушенных трав, содержащих атропин. Препарат «астматол» многие годы хорошо помогал людям с незначительными симптомами затруднения дыхания, пока его не пришлось снять с производства из-за наркоманов, приспособивших лекарство для заварки галлюциногенного чая.

В немедицинских целях используют главным образом диэтиламид лизергиновой кислоты (ЛСД) в форме порошка, не имеющего вкуса и запаха, легко растворяющегося в воде.

Добровольно его принимают в малых дозах (50–100 мг на кг веса), чтобы стимулировать воображение и отключиться от повседневности. Однако свойства ЛСД довольно соблазнительны для преступников (его можно растворить в воде так, что доза, которая содержится в каплях на стенках только что вымытого стакана, будет достаточна для расстройства психики). А сам характер переживаний имеет одну особенность – отсутствие страха высоты, сочетающееся с ощущением полета; при таких условиях инсценировать самоубийство не слишком трудно.

Чистый ЛСД на отечественном черном рынке не очень популярен, но может встречаться в качестве добавки к различного рода «экстази». Пока приходится уделять больше внимания неспецифическим вариантам отравлений, вызывающих ощущение «прогулки в мир иной». В примитивных слоях населения, особенно среди детей и подростков, бытует привычка «отключаться» с помощью веществ из арсенала бытовой химии. Пары моторного топлива, некоторых видов клея, иных предметов повседневного спроса используются для галлюцинаторного эффекта, который получил название «смотреть мультики».

С точки зрения токсикологии стремление к психодизлептикам предстает как элементарное отравление, нередко имеющее смертельный исход. Задохнувшиеся в ядовитых испарениях дети – не редкость в судебно-медицинской практике. Да и более цивилизованный ЛСД часто обнаруживают в крови людей, умерших при странных обстоятельствах.

Зачем люди стали стремиться на грань потустороннего, сказать трудно. Можно только констатировать, что такое стремление присуще маргинальным слоям населения, но это уже предмет социально-психологического осмысления.

Кроме психических расстройств, вызванных поступление в организм одурманивающих средств, приходится считаться и с изменениями, наступающими в личности.

Привыкание с последующей физической зависимостью и «растворением личности» свойственно тем, кто употребляет опьяняющие вещества. Им свойственны утрата воли, интереса к жизни, «потухший взгляд», расслабленная координация движений, гигиеническая запущенность, пренебрежительное отношение к общечеловеческим ценностям, крайний эгоцентризм. В какой мере для этого достаточно только дурной привычки, а в какой нужно еще и известное сродство организма и одурманивающего средства, пока дебатируется научной общественностью. Пока же считается, что дело не столько в биологии, сколько в особенностях характера. Созерцательная амбициозность, пребывающая в кандалах зависимости от

социального окружения, порождает стремление гармонизировать Я – реальное и Я-идеальное, но поскольку личностных ресурсов недостает, конфликт с собственным Я решается аддиктивным способом.

По мере закрепления привычки чувствовать себя лучше в тумане иллюзий, меняется и манера поведения. Человек начинает употреблять его в неподходящее время в ненадлежащем месте без соответствующего повода. Стремление выпить все и склонность засыпать рядом со столом явно контрастируют с полученным воспитанием. И.наконец, все поведение, связанное с приемом алкоголя, начинает противоречить сложившимся привычкам. Формируется как бы новая индивидуальность, в которой близкие видят совершенно незнакомые им черты. Человек перестает улавливать отрицательное отношение окружающих и не слышит критики. Легко находя самооправдание.

Распад личности завершается, когда опьянение перестает приносить облегчение, а становится тяжкой необходимостью. Наркотические приоритеты вытесняют иные ценности и смыслы.

Чаще всего, родным и близким удается остановить деградацию на стадии, когда возникшие дефекты можно в той или иной мере компенсировать. Порою бывает достаточно придать жизни дополнительный смысл, ограничить волю жесткими предписаниями, вернуть утраченную веру в свои возможности, чтобы остановить деструктивные процессы. Иначе говоря, пока сохраняется ядро личности, надежду терять не следует.

Надлом личности под воздействием героина начинается с рискованного эксперимента над собой (по глупости, легкомыслию, импульсивности, внушаемости и т. д.) и быстро переходит на уровень психопатологии. Должно быть, биологические механизмы формирования наркозависимости (отмеченные сразу после изобретения героина) обладают столь мощным влиянием на инстинкты, что личность человека, позволившего себе испробовать, не относится ли он к числу предрасположенных, быстро перестает играть какую-то конструктивную роль. Ошеломляющая переносимость гигантских доз и ужасная картина абстиненции очень убедительно свидетельствуют об этом. Для сравнения достаточно представить, что может побудить человека разрезать себе кожу, обнажить вену и вколоть в нее иглу (случай ординарный для наркоманов)? Разве что укус ядовитой змеи, когда страх неминуемой смерти заставит нас твердой рукой располосовать место укуса, чтобы удалить яд вместе с вытекающей кровью.

Этапы перехода от ознакомления к привыканию и далее к

зависимости с ощущением наркотической реальности как своего естественного состояния очень быстро сменяют друг друга. Образно говоря, героин сам формирует новую личность, узнать в которой прежнего человека с присущими ему чувствами, привязанностями, мыслями, стремлениями становится все труднее. Привычные социальные связи быстро рвутся. Теряются любые формы солидарности. Вопиющая гигиеническая запущенность не заставляет себя долго ждать. Редкий героиновый наркоман, почувствовавший абстиненцию в подростковом возрасте, доживает до 30–35 лет, если общество не найдет способа прервать его контакт с наркотиком.

Сегодня период массового знакомства молодежи с героином, когда сам наркотик воспринимается как экзотический (а значит, и интересный) продукт зарубежного производства, сменяется более осмысленным отношением к наркомании в целом. Современные юноши и девушки (взрослые и раньше начинали принимать героин крайне редко) не так легко поддаются на провокации черного рынка. Наркотик стал частью нормальной культуры, а не слепой моды. Подросток обладает достаточной информацией, чтобы взвесить вероятные последствия (хотя бы по наблюдениям за судьбой несчастных, которых социальная среда затаптывает на его глазах).

Вот почему методы приобщения несовершеннолетних к героину все больше криминализируются. Потребителями наркотиков стремятся сделать детей, подсовывая им его под видом сладостей или развлечений, а то и в форме прямого принуждения из расчета на то, что биологические механизмы пристрастия начнут работать раньше того, как разум будет в состоянии оценить фактические и социальные последствия таких экспериментов.

Усиление психической средовой дезадаптации под влиянием психодизлептиков. Стимуляторы, галлюциногены, токсические вещества особых изменений личности не вызывают. Человек остается таким, каким был. Но дело в том, что склонны их употреблять люди, не приспособленные к жизни. Их недостатки усиливаются и закрепляются, что безусловно вредно и совершенно нежелательно.

Сама же токсикомания как феномен общественной жизни имеет очень короткую историю в отличие от «классических наркотиков». Стремление «прогуляться в мир иной» появилось только во второй половине XX века и совпало по времени с рождением подростково-молодежной субкультуры. Причем в странах Запада, победивших во Второй мировой войне, когда условия жизни и социальные перспективы были вполне

приемлемы. Молодежь перестала подчиняться взрослым и отказалась следовать их примеру. Картина, повторяющаяся в странах, меняющих авторитарные традиции на демократические. Поначалу взрослые, привыкшие делить людей на классы, сословия, расы, конфессии, обладавшие своими традициями, не могли смириться с появлением нового социального слоя. От молодежи, которая раньше их вступила в эпоху глобализации, требовали обозначить свои политические, социальные, экономические претензии, но в ответ получали только слепой и упорный отказ следовать идеологиям и стремление руководствоваться лишь идеалами (достаточно расплывчатыми на том уровне общественного сознания). Кризис межпоколенных отношений (по сути своей педагогический) продлился несколько десятков лет и постепенно перерос (теряя агрессивность) из социального в экзистенциальный. В новых обстоятельствах единого информационного, культурного и экономического пространства, когда вместо того, чтобы знать ограниченное число людей, зато со всех сторон и долго, мы стали общаться со многими, но лишь кратковременно и функционально, начало периода отчуждения в онтогенезе личности переживается болезненно. Обнаружив, что социальные идеологии с их навыками и привычками, вольно или невольно прививаемые в школе, больше не защищают, все подростки в той или иной мере испытывают дискомфорт. Современное общество предъявляет иные ожидания. Чтобы быть эффективным нужно быть уверенным в себе, а для этого уметь не только действовать по инструкции, но и быть способным на самостоятельный нравственный выбор. Так что приходится заглядывать на уровень ролей-принципов, что небезопасно для самооценки.

Образная метафора Харуки Мураками, который проблеме освоения навыков отчуждения посвятил много своих книг, выглядит очень убедительно. Герой его романа «Страна чудес», поставлен перед выбором, либо жить «без тени», то есть по шаблонам общества в непреодолимых стенах этой страны, либо рискнуть бежать на волю, то есть обрести себя, но для этого есть один путь – нырнуть в водоворот реки, уходящей под стену. Вынырнешь ли неизвестно.

Вполне естественно, что подросткам не хочется торопить время решений. Их и не торопят, так как материально общество обеспечено и может позволить подрастающему поколению определенное время жить химерами и не заботиться о хлебе насущном. Постепенно молодежь разделяется на несколько групп. Те, кто нормально воспитан и не обременен комплексами защитного характера после нескольких более или менее

рискованных экспериментов (в том числе, возможно, и с «прогулкой» в необычное состояние) и поняв, что не стоит слишком глубоко заглядывать себе в душу, принимают себя и общество такими, какие есть. На Западе взрослые, поначалу испугавшиеся движения хиппи, быстро убедились, что, освободившись от ненужного снобизма, их дети становятся вполне респектабельными людьми, довольными своим статусом. Для тех, чья спонтанность сильнее обычного, этот период может затягиваться, а недовольство собой подталкивать к более решительной оппозиции миру взрослых. В таких случаях «trip» включается в общую картину того, что принято называть «андерграунд». Предоставленная самой себе молодежь всегда склонна бунтовать и с этим приходится считаться. Но до серьезных проблем с психической средовой адаптацией дело доходит редко. Во всяком случае, о психопатологии здесь приходится говорить лишь в очень крайних вариантах. По настоящему вызывают тревогу те, кто входит в подростково-молодежную субкультуру из обстановки семейно-педагогической и социальной запущенности.

В прежние времена дети, вынужденные терпеть гнет ненадлежащего воспитания и (или) отстающие от сверстников по причинам, от воспитателей не зависящим, видели реальную жизненную перспективу по достижении трудоспособного возраста в приобщении к миру взрослых, где все просто. В отличие от школы, где все сложно. И хотя они понимали, что освободиться от педагогической дискриминации и получить достойное место в обществе – вещи разные, незатейливая, но досягаемая адаптация вполне устраивала их. А то, что при этом придется окунуться в среду, где люди соприкасаются ролями-принципами, никого особенно не пугала. Они давно привыкли к тому, что роли-функции и роли-статусы их не защищают. Нынче же подростково-молодежная субкультура отодвинула время, когда можно начать считать себя взрослым. И хотя никому не запрещают начать трудовую и семейную жизнь рано (многие из аутсайдеров находят в этом выход из повседневных проблем и сегодня), но на старте социального отчуждения и начала самостоятельной жизни людям свойственно ориентироваться не на ценности, а на внешнюю сторону того, что они видят вокруг себя. А сверстники и люди немного постарше не задумываются об ответственности, их манера общения полна условностей и скрытых смыслов. Заглянуть же в более отдаленную перспективу малоразвитому человеку вообще трудно, тем более, когда он не вышел из переходного возраста.

Психологические наблюдения говорят, что уровень зрелости

человека, вступающего в жизнь, можно определить по тому, сколько времени он намерен учиться. Для нормально развивающихся юношей и девушек учеба после школы и охватывает время, когда они решают свои экзистенциальные проблемы в обстановке ни к чему не обязывающей субкультуры. А тем, кто учиться не хочет и не может, остается быть чужаком среди сверстников, что гораздо хуже, чем быть лишним в системе. Такова общая расстановка значений в обществе, которая задает всем определенный стиль отношений.

Запущенные в социальном отношении дети начинают реагировать даже раньше. Когда наступает отрочество, они видят, что взрослым будет не до них еще многие годы, и чувство тягостной безнадежности делает вероятность «прогулки в мир иной» достаточно высокой. В этом мы убедились в первые годы перестройки, когда взрослым стало не до детских забот. По-видимому, после советской установки на общественное воспитание подрастающего поколения такая смена психологического климата произвела сильное впечатление на поколение, не подготовленное к равнодушию системы (лозунг «школа воспитывать не обязана» был в те годы очень популярен). Отроческая токсикомания приобрела характер эпидемии на всей территории России. По мере того, как ситуация была если не стабилизирована, то хотя бы осмыслена родителями и учителями, растерянность прошла, дети успокоились, а токсикомании отступила на свои привычные позиции – в места обитания «уличного племени».

Кстати сказать, те, кто вдыхал токсические пары, будучи отроком, далеко не всегда становятся токсикоманом в подростковом возрасте. Чаще других они, как аутсайдеры среди маргиналов, попадают под влияние уголовной субкультуры, где простота и примитивность нравов не располагает никуда «прогуливаться». В местах лишения свободы никто не вдыхает пары бензина, хотя на алкоголь и наркотики есть большой спрос. Галлюциногены, стимуляторы, токсические вещества начинают употреблять те, кто находится в андерграунде самой подростково-молодежной субкультуры. Кто, образно говоря, из «ледяной воды дискриминации» попал в «огонь губительной свободы». Утрированно девиантные внешне («панкующие»), юноши и девушки, чья личность перегружена защитными реакциями и отягощена комплексами, начинают подражать тому, что недоступно им по внутренним смыслам поведения. Им бы гораздо больше соответствовало банальное пьянство, но поскольку «алкоголь для стариков», приходится приноравливаться. Так что, разбирая причины эксцессов на этой почве, не следует забывать,

что токсикоманический инцидент, как правило, не более, чем эпизод на фоне гораздо более глубоких социопатических расстройств.

Вопросы для самостоятельной работы

1. *Что такое «патохарактерологическое развитие»?*

2. Чем вызвана дискуссия о введении ограничений дееспособности престарелых людей?

3. Почему психодизлептики стали употреблять только во второй половине XX века?

4. Аргументы «за» и «против» принудительного лечения наркозависимых людей в превентивных целях?

Рекомендуемая литература

Александровский Ю. А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация. М., 1976.

Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание. М., 1986.

Габиани А. А. Наркотизм среди молодежи // СОЦИС. 1998. № 7.

Китаев-Смык Л. А. Психология стресса. М., 1988.

Ли Д.А. Преступность как социальное явление. М., 1997.

Лисицин Ю.П. Алкоголизм. М., 1983.

Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология. М.,1991.

Суворова В.В. Психология стресса. М., 1975.

Тимофеев Н.Н. Военно-врачебная экспертиза нервно-психических заболеваний. Л., 1957.

Фелинская Н.И. Реактивные состояния в судебно-психиатрической клинике. М., 1988.

Фрейд А. Психология «Я» и защитные механизмы. М., 1993.

Фромм Э. Бегство от свободы // Догмат о Христе. М., 1998.

Штернберг Э.Я. Геронтологическая психиатрия. М., 1977.

Заключение

Современная судебная психиатрия все стремительнее удаляется от канонов традиционной клинической ментальности и поворачивается к состояниям, обусловливающим появление всего лишь проблем конструктивности поведения. До сих пор ее роль в юриспруденции определялась двумя главными правилами: а) если деяние лица явилось результатом имеющегося у него психического заболевания или дефекта; б) если заболевание выражено столь значительно, что препятствует человеку разумно руководить своим поведением. Теперь положение существенно изменилось. Излишняя зависимость судебного решения от врачебного заключения вела к тому, что, по образному выражению Г. Каплана и Б. Сэдока, «психиатры опутывали паутиной псевдонаучного жаргона, так что концепция законности заманивалась в ловушку». В новых условиях понятия терминов «болезнь», «дефект», «результат заболевания», «тяжелые формы», «хроническое течение» и им подобные утрачивают четкие контуры и становятся всего лишь рабочими гипотезами как для врача, так и для юриста.

Сам ход истории вводит в правовое пространство множество состояний, при которых психический недостаток под влиянием тех или иных условий воспитания и жизненных обстоятельств вырастает до размеров болезненного расстройства. Естественно, роль врача при оценке этих состояний заметно уменьшается, а доля труда юриста пропорционально возрастает. Из правовой лексики исчезают сугубо медицинские термины, а им на смену приходит универсальная формулировка «психическое состояние, препятствующее…». Другими словами, предметом судебного рассмотрения становится взаимодействие личности и болезни, которое суммирует противостоящие силы и позволяет сделать вывод о степени волеспособности человека. Естественно, что и в данном пособии на первом плане оказалась не болезнь как таковая, а реакция человека на нее.

По ходу изложения мы особенно подробно рассмотрели те случаи, когда природные задатки личности не гарантируют успешной средовой адаптации, а мотивы поведения, будучи вытеснены в сферу воображения, не обеспечивают надлежащей социабельности. Подвергаясь физическим и психическим травмам, испытывая воздействие психически активных веществ, такие люди склонны впадать в расстройство, обнаруживающее себя нарушением отражающей функции сознания. Нередко они бывают в состоянии принимать разумные решения, но если под

ударом оказывается место наименьшего сопротивления личности, даже вполне ординарные обстоятельства способны вызвать эмотивное сужение мышления, подавить волю, исказить память и стать причиной импульсивного или легкомысленного поведения. Примитивность интеллекта довершает картину индивидуальной психической уязвимости.

Защитные реакции личности, ограниченной в своих адаптивных возможностях, могут напоминать признаки душевной болезни. Расщепление между когнитивным и аффективным компонентами мотивообразования, навязанное обстоятельствами, в состоянии вызвать переживания безусловно психотического ранга, тем не менее по своей природе они качественно отличаются от мироощущения, привносимого патогенезом. Вступающий в психопатологическое пространство юрист обязан не только понимать, но и уметь находить эту разницу.

Мы надеемся, что материалов нашего пособия хватит для того, чтобы составить мнение о проблемах юридической оценки психических недостатков и при необходимости вступить со специалистом в конструктивный диалог относительно доказательственной силы конкретных признаков, чтобы занять верную позицию по делу. Однако мы считаем своим долгом напомнить, что постоянное совершенствование знаний о природе человека есть не только профессиональный долг, но и необходимое условие юридической деятельности.

Приложение

О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании

Закон Российской Федерации от 2 июля 1992 года № 3185-1 (с изменениями от 21 июля 1998 года)[30]

Признавая высокую ценность для каждого человека здоровья вообще и психического здоровья в особенности, учитывая, что психическое расстройство может изменять отношение человека к жизни, самому себе и обществу, а также отношение общества к человеку, отмечая, что отсутствие должного законодательного регулирования психиатрической помощи может быть одной из причин использования ее в немедицинских целях, наносить ущерб здоровью, человеческому достоинству и правам граждан, а также международному престижу государства, принимая во внимание необходимость реализации в законодательстве Российской Федерации признанных международным сообществом и Конституцией Российской Федерации прав и свобод человека и гражданина, Верховный Совет Российской Федерации принимает настоящий Закон.

Раздел I. Общие положения

Статья 1. Психиатрическая помощь и принципы ее оказания

(1) Психиатрическая помощь включает в себя обследование психического здоровья граждан по основаниям и в порядке, установленным настоящим Законом и другими законами Российской Федерации, диагностику психических расстройств, лечение, уход и медико-социальную реабилитацию лиц, страдающих психическими расстройствами.

(2) Психиатрическая помощь лицам, страдающим психическими расстройствами, гарантируется государством и осуществляется на основе принципов законности, гуманности и соблюдения прав человека и гражданина.

Статья 2. Законодательство Российской Федерации о психиатрической помощи

(1) Законодательство Российской Федерации о психиатрической помощи состоит из настоящего Закона и других законодательных актов Российской Федерации и республик в

составе Российской Федерации, а также правовых актов автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга.

(2) Правительство Российской Федерации и правительства республик в составе Российской Федерации, а также министерства и ведомства вправе принимать правовые акты о психиатрической помощи в пределах своей компетенции.

(3) Законодательные и иные правовые акты, принимаемые в Российской Федерации и республиках в составе Российской Федерации, автономной области, автономных округах, краях, областях, городах Москве и Санкт-Петербурге, не могут ограничивать права граждан и гарантии их соблюдения при оказании психиатрической помощи, предусмотренные настоящим Законом.

(4) Если международным договором, в котором участвует Российская Федерация, установлены иные правила, чем предусмотренные законодательством Российской Федерации о психиатрической помощи, то применяются правила международного договора.

Статья 3. Применение настоящего Закона

(1) Настоящий Закон распространяется на граждан Российской Федерации при оказании им психиатрической помощи и применяется в отношении всех учреждений и лиц, оказывающих психиатрическую помощь на территории Российской Федерации.

(2) Иностранные граждане и лица без гражданства, находящиеся на территории Российской Федерации, при оказании им психиатрической помощи пользуются всеми правами, установленными настоящим Законом, наравне с гражданами Российской Федерации.

Статья 4. Добровольность обращения за психиатрической помощью

(1) Психиатрическая помощь оказывается при добровольном обращении лица или с его согласия, за исключением случаев, предусмотренных настоящим Законом.

(2) Несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет, а также лицу, признанному в установленном законом порядке недееспособным, психиатрическая помощь оказывается по просьбе или с согласия их законных представителей в порядке, предусмотренном

настоящим Законом.

Статья 5. Права лиц, страдающих психиатрическими расстройствами

(1) Лица, страдающие психиатрическими расстройствами, обладают всеми правами и свободами граждан, предусмотренными Конституцией Российской Федерации, конституциями республик в составе Российской Федерации, законодательством Российской Федерации и республик в составе Российской Федерации. Ограничение прав и свобод граждан, связанное с психическим расстройством, допустимо лишь в случаях, предусмотренных законами Российской Федерации.

(2) Все лица, страдающие психическими расстройствами, при оказании им психиатрической помощи имеют право на:

уважительное и гуманное отношение, исключающее унижение человеческого достоинства;

получение информации о своих правах, а также в доступной для них форме и с учетом их психического состояния информации о характере имеющихся у них психических расстройств и применяемых методах лечения;

психиатрическую помощь в наименее ограничительных условиях, по возможности по месту жительства;

содержание в психиатрическом стационаре только в течение срока, необходимого для обследования и лечения;

все виды лечения (в том числе санаторно-курортное) по медицинским показаниям;

оказание психиатрической помощи в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;

предварительное согласие и отказ на любой стадии от использования в качестве объекта испытаний медицинских средств и методов, научных исследований или учебного процесса, от фото-, видео- или киносъемки;

приглашение по их требованию любого специалиста, участвующего в оказании психиатрической помощи, с согласия последнего для работы во врачебной комиссии по вопросам, регулируемым настоящим Законом;

помощь адвоката, законного представителя или иного лица в порядке, установленном законом.

(3) Ограничение прав и свобод лиц, страдающих психическими расстройствами, только на основании психиатрического диагноза, фактов нахождения под диспансерным наблюдением, в психиатрическом стационаре либо в психоневрологическом учреждении для социального

обеспечения или специального обучения не допускается. Должностные лица, виновные в подобных нарушениях, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации и республик в составе Российской Федерации.

Статья 6. Ограничения выполнения отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности

(1) Гражданин может быть временно (на срок не более 5 лет и с правом последующего переосвидетельствования) признан непригодным вследствие психического расстройства к выполнению отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности. Такое решение принимается врачебной комиссией, уполномоченной на то органом здравоохранения, на основании оценки состояния психического здоровья гражданина в соответствии с перечнем медицинских психиатрических противопоказаний и может быть обжаловано в суд.

(2) Перечень медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, утверждается Правительством Российской Федерации и периодически (не реже одного раза в пять лет) пересматривается с учетом накопленного опыта и научных достижений.

Статья 7. Представительство граждан, которым оказывается психиатрическая помощь

(1) Гражданин при оказании ему психиатрической помощи вправе пригласить по своему выбору представителя для защиты своих прав и законных интересов. Оформление представительства производится в порядке, установленном гражданским и гражданским процессуальным законодательством Российской Федерации.

(2) Защиту прав и законных интересов несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет и лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, при оказании им психиатрической помощи осуществляют их законные представители (родители, усыновители, опекуны), а в случае их отсутствия – администрация психиатрического стационара либо психоневрологического учреждения для социального обеспечения

или специального обучения.

(3) Защиту прав и законных интересов гражданина при оказании ему психиатрической помощи может осуществлять адвокат.

Порядок приглашения адвоката и оплаты его услуг предусматривается законодательством Российской Федерации. Администрация учреждения, оказывающего психиатрическую помощь, обеспечивает возможность приглашения адвоката, за исключением неотложных случаев, предусмотренных пунктом «а» части четвертой статьи 23 и пунктом «а» статьи 29 настоящего Закона.

Статья 8. Запрещение требования сведений о состоянии психического здоровья

При реализации гражданином своих прав и свобод требования предоставления сведений о состоянии его психического здоровья либо обследования его врачом-психиатром допускаются лишь в случаях, установленных законами Российской Федерации.

Статья 9. Сохранение врачебной тайны при оказании психиатрической помощи

Сведения о наличии у гражданина психического расстройства, фактах обращения за психиатрической помощью и лечении в учреждении, оказывающем такую помощь, а также иные сведения о состоянии психического здоровья являются врачебной тайной, охраняемой законом. Для реализации прав и законных интересов лица, страдающего психическим расстройством, по его просьбе либо по просьбе его законного представителя им могут быть предоставлены сведения о состоянии психического здоровья данного лица и об оказанной ему психиатрической помощи.

Статья 10. Диагностика и лечение лиц, страдающих психическими расстройствами

(1) Диагноз психического расстройства ставится в соответствии с общепризнанными международными стандартами и не может основываться только на несогласии гражданина с принятыми в обществе моральными, культурными, политическими или религиозными ценностями либо на иных

причинах, непосредственно не связанных с состоянием его психического здоровья.

(2) Для диагностики и лечения лица, страдающего психическим расстройством, применяются медицинские средства и методы, разрешенные в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о здравоохранении.

(3) Медицинские средства и методы применяются только в диагностических и лечебных целях в соответствии с характером болезненных расстройств и не должны использоваться для наказания лица, страдающего психическим расстройством, или в интересах других лиц.

Статья 11. Согласие на лечение

(1) Лечение лица, страдающего психическим расстройством, проводится после получения его письменного согласия, за исключением случаев, предусмотренных частью четвертой настоящей статьи.

(2) Врач обязан предоставить лицу, страдающему психическим расстройством, в доступной для него форме и с учетом его психического состояния информацию о характере психического расстройства, целях, методах, включая альтернативные, и продолжительности рекомендуемого лечения, а также о болевых ощущениях, возможном риске, побочных эффектах и ожидаемых результатах. О предоставленной информации делается запись в медицинской документации.

(3) Согласие на лечение несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, а также лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, дается их законными представителями после сообщения им сведений, предусмотренных частью второй настоящей статьи.

(4) Лечение может проводиться без согласия лица, страдающего психическим расстройством, или без согласия его законного представителя только при применении принудительных мер медицинского характера по основаниям, предусмотренным Уголовным кодексом Российской Федерации, а также при недобровольной госпитализации по основаниям, предусмотренным статьей 29 настоящего Закона. В этих случаях, кроме неотложных, лечение применяется по решению комиссии врачей-психиатров *(часть в редакции, введенной в действие с 29 июля 1998 года Федеральным законом от 21 июля 1998 года № 117-ФЗ)*.

(5) В отношении лиц, указанных в части четвертой настоящей статьи, применение для лечения психических расстройств

хирургических и других методов, вызывающих необратимые последствия, а также проведение испытаний медицинских средств и методов не допускаются.

Статья 12. Отказ от лечения

(1) Лицо, страдающее психическим расстройством, или его законный представитель имеют право отказаться от предлагаемого лечения или прекратить его, за исключением случаев, предусмотренных частью четвертой статьи 11 настоящего Закона.

(2) Лицу, отказывающемуся от лечения, либо его законному представителю должны быть разъяснены возможные последствия прекращения лечения. Отказ от лечения с указанием сведений о возможных последствиях оформляется записью в медицинской документации за подписью лица или его законного представителя и врача-психиатра.

Статья 13. Принудительные меры медицинского характера

(1) Принудительные меры медицинского характера применяются по решению суда в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния, по основаниям и в порядке, установленным Уголовным кодексом Российской Федерации и Уголовно-процессуальным кодексом РСФСР *(часть в редакции, введенной в действие с 29 июля 1998 года Федеральным законом от 21 июля 1998 года № 117-ФЗ)*.

(2) Принудительные меры медицинского характера осуществляются в психиатрических учреждениях органов здравоохранения.

Лица, помещенные в психиатрический стационар по решению суда о применении принудительных мер медицинского характера, пользуются правами, предусмотренными статьей 37 настоящего Закона. Они признаются нетрудоспособными на весь период пребывания в психиатрическом стационаре и имеют право на пособие по государственному социальному страхованию или на пенсию на общих основаниях.

Статья 14. Судебно-психиатрическая экспертиза

Судебно-психиатрическая экспертиза по уголовным и гражданским делам производится по основаниям и в порядке,

предусмотренным Уголовно-процессуальным кодексом РСФСР и Гражданским процессуальным кодексом РСФСР.

Статья 15. Психиатрическое обследование для решения вопроса о годности гражданина к службе в качестве военнослужащего

Основания и порядок амбулаторного и стационарного обследования при решении вопроса о годности гражданина по состоянию его психического здоровья к службе в качестве военнослужащего Вооруженных Сил, войск и органов безопасности, внутренних войск, железнодорожных войск и других воинских формирований, лиц начальствующего и рядового состава органов внутренних дел, учреждений и органов уголовно-исполнительной системы определяются настоящим Законом и законодательством Российской Федерации о военной службе *(статья дополнена с 29 июля 1998 года Федеральным законом от 21 июля 1998 года № 117-ФЗ)*.

Раздел II. Обеспечение психиатрической помощью и социальная защита лиц, страдающих психическими расстройствами

Статья 16. Виды психиатрической помощи и социальной защиты, гарантируемые государством

(1) Государством гарантируются:

неотложная психиатрическая помощь;

консультативно-диагностическая, лечебная, психопрофилактическая, реабилитационная помощь во внебольничных и стационарных условиях;

все виды психиатрической экспертизы, определение временной нетрудоспособности;

социально-бытовая помощь и содействие в трудоустройстве лиц, страдающих психическими расстройствами;

решение вопросов опеки;

консультации по правовым вопросам и другие виды юридической помощи в психиатрических и психоневрологических учреждениях;

социально-бытовое устройство инвалидов и престарелых, страдающих психическими расстройствами, а также уход за ними;

обучение инвалидов и несовершеннолетних, страдающих психическими расстройствами;

психиатрическая помощь при стихийных бедствиях и катастрофах.

(2) Для обеспечения лиц, страдающих психическими расстройствами, психиатрической помощью и их социальной защиты государство:

создает все виды учреждений, оказывающих внебольничную и стационарную психиатрическую помощь, по возможности по месту жительства пациентов;

организует общеобразовательное и профессиональное обучение несовершеннолетних, страдающих психическими расстройствами;

создает лечебно-производственные предприятия для трудовой терапии, обучения новым профессиям и трудоустройства на этих предприятиях лиц, страдающих психическими расстройствами, включая инвалидов, а также специальные производства, цеха или участки с облегченными условиями труда для таких лиц;

устанавливает обязательные квоты рабочих мест на предприятиях, в учреждениях и организациях для трудоустройства лиц, страдающих психическими расстройствами;

применяет методы экономического стимулирования для предприятий, учреждений и организаций, предоставляющих рабочие места для лиц, страдающих психическими расстройствами;

создает общежития для лиц, страдающих психическими расстройствами, утративших социальные связи;

принимает иные меры, необходимые для социальной поддержки лиц, страдающих психическими расстройствами.

(3) Обеспечение всеми видами психиатрической помощи и социальной защиты лиц, страдающих психическими расстройствами, осуществляется федеральными органами государственной власти и управления, органами государственной власти и управления республик в составе Российской Федерации, автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, органами местного самоуправления в соответствии с их компетенцией, определяемой законодательством Российской Федерации.

Статья 17. Финансирование психиатрической помощи

Финансирование деятельности учреждений и лиц, оказывающих психиатрическую помощь, осуществляется из фонда здравоохранения, фонда медицинского страхования и иных источников, не запрещенных законодательством Российской

Федерации, в размерах, обеспечивающих гарантированный уровень и высокое качество психиатрической помощи.

Раздел III. Учреждения и лица, оказывающие психиатрическую помощь. права и обязанности медицинских работников и иных специалистов

Статья 18. Учреждения и лица, оказывающие психиатрическую помощь

(1) Психиатрическую помощь оказывают получившие на это разрешение государственные, негосударственные психиатрические и психоневрологические учреждения и частнопрактикующие врачи-психиатры. Порядок выдачи лицензий на деятельность по оказанию психиатрической помощи устанавливается законодательством Российской Федерации.

(2) Виды психиатрической помощи, оказываемые психиатрическими и психоневрологическими учреждениями или частнопрактикующими врачами – психиатрами, указываются в уставных документах или лицензиях; информация о них должна быть доступна посетителям.

Статья 19. Право на деятельность по оказанию психиатрической помощи

(1) Право на врачебную деятельность по оказанию психиатрической помощи имеет врач-психиатр, получивший высшее медицинское образование и подтвердивший свою квалификацию в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

(2) Иные специалисты и медицинский персонал, участвующие в оказании психиатрической помощи, должны в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, пройти специальную подготовку и подтвердить свою квалификацию для допуска к работе с лицами, страдающими психическими расстройствами.

(3) Деятельность врача-психиатра, иных специалистов и медицинского персонала по оказанию психиатрической помощи основывается на профессиональной этике и осуществляется в соответствии с законом.

Статья 20. Права и обязанности медицинских работников и иных специалистов при оказании психиатрической помощи

(1) Профессиональные права и обязанности врача-психиатра, иных специалистов и медицинского персонала при оказании психиатрической помощи устанавливаются законодательством Российской Федерации о здравоохранении и настоящим Законом.

(2) Установление диагноза психического заболевания, принятие решения об оказании психиатрической помощи в недобровольном порядке либо дача заключения для рассмотрения этого вопроса являются исключительным правом врача-психиатра или комиссии врачей-психиатров.

(3) Заключение врача другой специальности о состоянии психического здоровья лица носит предварительный характер и не является основанием для решения вопроса об ограничении его прав и законных интересов, а также для предоставления ему льгот, предусмотренных законом для лиц, страдающих психическими расстройствами.

Статья 21. Независимость врача-психиатра при оказании психиатрической помощи

(1) При оказании психиатрической помощи врач-психиатр независим в своих решениях и руководствуется только медицинскими показаниями, врачебным долгом и законом.

(2) Врач-психиатр, мнение которого не совпадает с решением врачебной комиссии, вправе дать свое заключение, которое приобщается к медицинской документации.

Статья 22. Гарантии и льготы врачам-психиатрам, иным специалистам, медицинскому и другому персоналу, участвующим в оказании психиатрической помощи

Врачи-психиатры, иные специалисты, медицинский и другой персонал, участвующие в оказании психиатрической помощи, имеют право на льготы, установленные законодательством Российской Федерации для лиц, занятых деятельностью в особых условиях труда, а также подлежат обязательному государственному страхованию на случай причинения вреда их здоровью или смерти при исполнении служебных обязанностей.

В случае причинения вреда здоровью, повлекшего временную утрату трудоспособности лица, участвующего в оказании психиатрической помощи, ему выплачивается страховая сумма в пределах его годового денежного содержания в зависимости от тяжести причиненного ущерба. При наступлении инвалидности страховая сумма выплачивается в размере от годового до

пятилетнего денежного содержания в зависимости от степени утраты трудоспособности лица, а в случае его смерти страховая сумма выплачивается его наследникам в размере десятикратного годового денежного содержания.

Раздел IV. Виды психиатрической помощи и порядок ее оказания

Статья 23. Психиатрическое освидетельствование

(1) Психиатрическое освидетельствование проводится для определения, страдает ли обследуемый психическим расстройством, нуждается ли он в психиатрической помощи, а также для решения вопроса о виде такой помощи.

(2) Психиатрическое освидетельствование, а также профилактические осмотры проводятся по просьбе или с согласия обследуемого; в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет – по просьбе или с согласия его родителей либо иного законного представителя; в отношении лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, – по просьбе или с согласия его законного представителя. В случае возражения одного из родителей либо при отсутствии родителей или иного законного представителя освидетельствование несовершеннолетнего проводится по решению органа опеки и попечительства, которое может быть обжаловано в суд.

(3) Врач, проводящий психиатрическое освидетельствование, обязан представиться обследуемому и его законному представителю как психиатр, за исключением случаев, предусмотренных пунктом «а» части четвертой настоящей статьи.

(4) Психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя в случаях, когда по имеющимся данным обследуемый совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства, которое обусловливает:

а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

(5) Психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без его согласия или без согласия его законного

представителя, если обследуемый находится под диспансерным наблюдением по основаниям, предусмотренным частью первой статьи 27 настоящего Закона.

(6) Данные психиатрического освидетельствования и заключение о состоянии психического здоровья обследуемого фиксируются в медицинской документации, в которой указываются также причины обращения к врачу-психиатру и медицинские рекомендации.

Статья 24. Психиатрическое освидетельствование лица без его согласия или без согласия его законного представителя

(1) В случаях, предусмотренных пунктом «а» части четвертой и частью пятой статьи 23 настоящего Закона, решение о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя принимается врачом-психиатром самостоятельно.

(2) В случаях, предусмотренных пунктами «б» и «в» части четвертой статьи 23 настоящего Закона, решение о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя принимается врачом-психиатром с санкции судьи.

Статья 25. Порядок подачи заявления и принятия решения о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя

(1) Решение о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя, за исключением случаев, предусмотренных частью пятой статьи 23 настоящего Закона, принимается врачом-психиатром по заявлению, содержащему сведения о наличии оснований для такого освидетельствования, перечисленных в части четвертой статьи 23 настоящего Закона.

(2) Заявление может быть подано родственниками лица, подлежащего психиатрическому освидетельствованию, врачом любой медицинской специальности, должностными лицами и иными гражданами.

(3) В неотложных случаях, когда по полученным сведениям лицо представляет непосредственную опасность для себя или окружающих, заявление может быть устным. Решение о психиатрическом освидетельствовании принимается врачом-психиатром немедленно и оформляется записью в медицинской

документации.

(4) При отсутствии непосредственной опасности лица для себя или окружающих заявление о психиатрическом освидетельствовании должно быть письменным, содержать подробные сведения, обосновывающие необходимость такого освидетельствования и указание на отказ лица либо его законного представителя от обращения к врачу-психиатру. Врач-психиатр вправе запросить дополнительные сведения, необходимые для принятия решения. Установив, что в заявлении отсутствуют данные, свидетельствующие о наличии обстоятельств, предусмотренных пунктами «б» и «в» части четвертой статьи 23 настоящего Закона, врач-психиатр в письменном виде мотивированно отказывает в психиатрическом освидетельствовании.

(5) Установив обоснованность заявления о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя, врач-психиатр направляет в суд по месту жительства лица свое письменное мотивированное заключение о необходимости такого освидетельствования, а также заявление об освидетельствовании и другие имеющиеся материалы. Судья решает вопрос о даче санкции в трехдневный срок с момента получения всех материалов. Действия судьи могут быть обжалованы в суд в порядке, установленном Гражданским процессуальным кодексом РСФСР.

Статья 26. Виды амбулаторной психиатрической помощи

(1) Амбулаторная психиатрическая помощь лицу, страдающему психическим расстройством, в зависимости от медицинских показаний оказывается в виде консультативно-лечебной помощи или диспансерного наблюдения.

(2) Консультативно-лечебная помощь оказывается врачом-психиатром при самостоятельном обращении лица, страдающего психическим расстройством, по его просьбе или с его согласия, а в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет – по просьбе или с согласия его родителей либо иного законного представителя.

(3) Диспансерное наблюдение может устанавливаться независимо от согласия лица, страдающего психическим расстройством, или его законного представителя в случаях, предусмотренных частью первой статьи 27 настоящего Закона, и предполагает наблюдение за состоянием психического здоровья лица путем регулярных осмотров врачом-психиатром и оказание ему необходимой медицинской и социальной помощи.

Статья 27. Диспансерное наблюдение

(1) Диспансерное наблюдение может устанавливаться за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями.

(2) Решение вопроса о необходимости установления диспансерного наблюдения и о его прекращении принимается комиссией врачей-психиатров, назначаемой администрацией психиатрического учреждения, оказывающего амбулаторную психиатрическую помощь, или комиссией врачей-психиатров, назначаемой органом здравоохранения.

(3) Мотивированное решение комиссии врачей-психиатров оформляется записью в медицинской документации. Решение об установлении или прекращении диспансерного наблюдения может быть обжаловано в порядке, установленном разделом VI настоящего Закона.

(4) Установленное ранее диспансерное наблюдение прекращается при выздоровлении или значительном и стойком улучшении психического состояния лица. После прекращения диспансерного наблюдения амбулаторная психиатрическая помощь по просьбе или с согласия лица либо по просьбе или с согласия его законного представителя оказывается в консультативно-лечебном виде. При изменении психического состояния лицо, страдающее психическим расстройством, может быть освидетельствовано без его согласия или без согласия его законного представителя по основаниям и в порядке, предусмотренным частью четвертой статьи 23, статьями 24 и 25 настоящего Закона. Диспансерное наблюдение может быть возобновлено в таких случаях по решению комиссии врачей-психиатров.

Статья 28. Основания для госпитализации в психиатрический стационар

(1) Основаниями для госпитализации в психиатрический стационар являются наличие у лица психического расстройства и решение врача-психиатра о проведении обследования или лечения в стационарных условиях либо постановление судьи.

(2) Основанием для помещения в психиатрический стационар может быть также необходимость проведения психиатрической экспертизы в случаях и в порядке, установленных законами Российской Федерации.

(3) Помещение лица в психиатрический стационар, за

исключением случаев, предусмотренных статьей 29 настоящего Закона, осуществляется добровольно – по его просьбе или с его согласия.

(4) Несовершеннолетний в возрасте до 15 лет помещается в психиатрический стационар по просьбе или с согласия его родителей или иного законного представителя. Лицо, признанное в установленном законом порядке недееспособным, помещается в психиатрический стационар по просьбе или с согласия его законного представителя. В случае возражения одного из родителей либо при отсутствии родителей или иного законного представителя помещение несовершеннолетнего в психиатрический стационар проводится по решению органа опеки и попечительства, которое может быть обжаловано в суд.

(5) Полученное согласие на госпитализацию оформляется записью в медицинской документации за подписью лица или его законного представителя и врача-психиатра.

Статья 29. Основания для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке

Лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в психиатрический стационар без его согласия или без согласия его законного представителя до постановления судьи, если его обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обусловливает:

а) его непосредственную опасность для себя или окружающих или б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Статья 30. Меры обеспечения безопасности при оказании психиатрической помощи

(1) Стационарная психиатрическая помощь осуществляется в наименее ограничительных условиях, обеспечивающих безопасность госпитализированного лица и других лиц, при соблюдении медицинским персоналом его прав и законных интересов.

(2) Меры физического стеснения и изоляции при недобровольной госпитализации и пребывании в

психиатрическом стационаре применяются только в тех случаях, формах и на тот период времени, когда, по мнению врача-психиатра, иными методами невозможно предотвратить действия госпитализированного лица, представляющие непосредственную опасность для него или других лиц, и осуществляются при постоянном контроле медицинского персонала. О формах и времени применения мер физического стеснения или изоляции делается запись в медицинской документации.

(3) Сотрудники милиции обязаны оказывать содействие медицинским работникам при осуществлении недобровольной госпитализации и обеспечивать безопасные условия для доступа к госпитализируемому лицу и его осмотра. В случаях необходимости предотвращения действий, угрожающих жизни и здоровью окружающих со стороны госпитализируемого лица или других лиц, а также при необходимости розыска и задержания лица, подлежащего госпитализации, сотрудники милиции действуют в порядке, установленном законом РСФСР «О милиции».

Статья 31. Освидетельствование несовершеннолетних и лиц, признанных недееспособными, помещенных в психиатрический стационар по просьбе или с согласия их законных представителей

(1) Несовершеннолетний в возрасте до 15 лет и лицо, признанное в установленном законом порядке недееспособным, помещенные в психиатрический стационар по просьбе или с согласия их законных представителей, подлежат обязательному освидетельствованию комиссией врачей-психиатров психиатрического учреждения в порядке, предусмотренном частью первой статьи 32 настоящего Закона. В течение первых шести месяцев эти лица подлежат освидетельствованию комиссией врачей-психиатров не реже одного раза в месяц для решения вопроса о продлении госпитализации. При продлении госпитализации свыше шести месяцев освидетельствования комиссией врачей-психиатров проводятся не реже одного раза в шесть месяцев.

(2) В случае обнаружения комиссией врачей-психиатров или администрацией психиатрического стационара злоупотреблений, допущенных при госпитализации законными представителями несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет либо лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, администрация психиатрического стационара извещает об этом орган опеки и попечительства по месту жительства подопечного.

Статья 32. Освидетельствование лиц, помещенных в психиатрический стационар в недобровольном порядке

(1) Лицо, помещенное в психиатрический стационар по основаниям, предусмотренным статьей 29 настоящего Закона, подлежит обязательному освидетельствованию в течение 48 часов комиссией врачей-психиатров психиатрического учреждения, которая принимает решение об обоснованности госпитализации. В случаях, когда госпитализация признается необоснованной и госпитализированный не выражает желания остаться в психиатрическом стационаре, он подлежит немедленной выписке.

(2) Если госпитализация признается обоснованной, то заключение комиссии врачей-психиатров в течение 24 часов направляется в суд по месту нахождения психиатрического учреждения для решения вопроса о дальнейшем пребывании лица в нем.

Статья 33. Обращение в суд по вопросу о госпитализации в недобровольном порядке

(1) Вопрос о госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке по основаниям, предусмотренным статьей 29 настоящего Закона, решается в суде по месту нахождения психиатрического учреждения.

(2) Заявление о госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке подается в суд представителем психиатрического учреждения, в котором находится лицо.

К заявлению, в котором должны быть указаны предусмотренные законом основания для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке, прилагается мотивированное заключение комиссии врачей-психиатров о необходимости дальнейшего пребывания лица в психиатрическом стационаре.

(3) Принимая заявление, судья одновременно дает санкцию на пребывание лица в психиатрическом стационаре на срок, необходимый для рассмотрения заявления в суде.

Статья 34. Рассмотрение заявления о госпитализации в недобровольном порядке

(1) Заявление о госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке судья рассматривает в

течение пяти дней с момента его принятия в помещении суда либо в психиатрическом учреждении.

(2) Лицу должно быть предоставлено право лично участвовать в судебном рассмотрении вопроса о его госпитализации. Если по сведениям, полученным от представителя психиатрического учреждения, психическое состояние лица не позволяет ему лично участвовать в рассмотрении вопроса о его госпитализации в помещении суда, то заявление о госпитализации рассматривается судьей в психиатрическом учреждении.

(3) Участие в рассмотрении заявления прокурора, представителя психиатрического учреждения, ходатайствующего о госпитализации, и представителя лица, в отношении которого решается вопрос о госпитализации, обязательно.

Статья 35. Постановление судьи по заявлению о госпитализации в недобровольном порядке

(1) Рассмотрев заявление по существу, судья удовлетворяет либо отклоняет его.

(2) Постановление судьи об удовлетворении заявления является основанием для госпитализации и дальнейшего содержания лица в психиатрическом стационаре.

(3) Постановление судьи в десятидневный срок со дня вынесения может быть обжаловано судом, помещенным в психиатрический стационар, его представителем, руководителем психиатрического учреждения, а также организацией, которой законом либо ее уставом (положением) предоставлено право защищать права граждан, или прокурором в порядке, предусмотренном Гражданским процессуальным кодексом РСФСР.

Статья 36. Продление госпитализации в недобровольном порядке

(1) Пребывание лица в психиатрическом стационаре в недобровольном порядке продолжается только в течение времени сохранения оснований, по которым была проведена госпитализация.

(2) Лицо, помещенное в психиатрический стационар в недобровольном порядке, в течение первых шести месяцев не реже одного раза в месяц подлежит освидетельствованию комиссией врачей-психиатров психиатрического учреждения для

решения вопроса о продлении госпитализации. При продлении госпитализации свыше шести месяцев освидетельствования комиссией врачей психиатров проводятся не реже одного раза в шесть месяцев.

(3) По истечении шести месяцев с момента помещения лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке заключение комиссии врачей-психиатров о необходимости продления такой госпитализации направляется администрацией психиатрического стационара в суд по месту нахождения психиатрического учреждения. Судья в порядке, предусмотренном статьями 33–35 настоящего Закона, постановлением может продлить госпитализацию. В дальнейшем решение о продлении госпитализации лица, помещенного в психиатрический стационар в недобровольном порядке, принимается судьей ежегодно.

Статья 37. Права пациентов, находящихся в психиатрических стационарах

(1) Пациенту должны быть разъяснены основания и цели помещения его в психиатрический стационар, его права и установленные в стационаре правила на языке, которым он владеет, о чем делается запись в медицинской документации.

(2) Все пациенты, находящиеся на лечении или обследовании в психиатрическом стационаре, вправе:

обращаться непосредственно к главному врачу или заведующему отделением по вопросам лечения, обследования, выписки из психиатрического стационара и соблюдения прав, предоставленных настоящим Законом;

подавать без цензуры жалобы и заявления в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру, суд и адвокату;

встречаться с адвокатом и священнослужителем наедине;

исполнять религиозные обряды, соблюдать религиозные каноны, в том числе пост, по согласованию с администрацией иметь религиозную атрибутику и литературу;

выписывать газеты и журналы;

получать образование по программе общеобразовательной школы или специальной школы для детей с нарушением интеллектуального развития, если пациент не достиг 18 лет;

получать наравне с другими гражданами вознаграждение за труд в соответствии с его количеством и качеством, если пациент участвует в производительном труде.

(3) Пациенты имеют также следующие права, которые могут

быть ограничены по рекомендации лечащего врача заведующим отделением или главным врачом в интересах здоровья или безопасности пациентов, а также в интересах здоровья или безопасности других лиц:

вести переписку без цензуры;

получать и отправлять посылки, бандероли и денежные переводы;

пользоваться телефоном;

принимать посетителей;

иметь и приобретать предметы первой необходимости, пользоваться собственной одеждой.

(4) Платные услуги (индивидуальная подписка на газеты и журналы, услуги связи и так далее) осуществляются за счет пациента, которому они предоставляются.

Статья 38. Служба защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах

(1) Государством создается независимая от органов здравоохранения служба защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах.

(2) Представители этой службы защищают права пациентов, находящихся в психиатрических стационарах, принимают их жалобы и заявления, которые разрешают с администрацией данного психиатрического учреждения либо направляют в зависимости от их характера в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру или суд.

Статья 39. Обязанности администрации и медицинского персонала психиатрического стационара

Администрация и медицинский персонал психиатрического стационара обязаны создать условия для осуществления прав пациентов и их законных представителей, предусмотренных настоящим Законом, в том числе:

обеспечивать находящихся в психиатрическом стационаре пациентов необходимой медицинской помощью;

предоставлять возможность ознакомления с текстом настоящего Закона, правилами внутреннего распорядка данного психиатрического стационара, адресами и телефонами государственных и общественных органов, учреждений, организаций и должностных лиц, к которым можно обратиться в случае нарушения прав пациентов;

обеспечивать условия для переписки, направления жалоб и заявлений пациентов в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру, суд, а также адвокату;

в течение 24 часов с момента поступления пациента в психиатрический стационар в недобровольном порядке принимать меры по оповещению его родственников, законного представителя или иного лица по его указанию;

информировать родственников или законного представителя пациента, а также иное лицо по его указанию об изменениях состояния его здоровья и чрезвычайных происшествиях с ним;

обеспечивать безопасность находящихся в стационаре пациентов, контролировать содержание посылок и передач;

выполнять функции законного представителя в отношении пациентов, признанных в установленном законом порядке недееспособными, но не имеющих такого представителя;

устанавливать и разъяснять верующим пациентам правила, которые должны в интересах других находящихся в психиатрическом стационаре пациентов соблюдаться при исполнении религиозных обрядов, и порядок приглашения священнослужителя, содействовать в осуществлении права на свободу совести верующих и атеистов;

выполнять иные обязанности, установленные настоящим Законом.

Статья 40. Выписка из психиатрического стационара

(1) Выписка пациента из психиатрического стационара производится в случаях выздоровления или улучшения его психического состояния, при котором не требуется дальнейшего стационарного лечения, а также завершения обследования или экспертизы, явившихся основаниями для помещения в стационар.

(2) Выписка пациента, добровольно находящегося в психиатрическом стационаре, производится по его личному заявлению, заявлению его законного представителя или по решению лечащего врача.

(3) Выписка пациента, госпитализированного в психиатрический стационар в недобровольном порядке, производится по заключению комиссии врачей-психиатров или постановлению судьи об отказе в продлении такой госпитализации.

(4) Выписка пациента, к которому по решению суда применены принудительные меры медицинского характера, производится только по решению суда.

(5) Пациенту, помещенному в психиатрический стационар

добровольно, может быть отказано в выписке, если комиссией врачей-психиатров психиатрического учреждения будут установлены основания для госпитализации в недобровольном порядке, предусмотренные статьей 29 настоящего Закона. В таком случае вопросы его пребывания в психиатрическом стационаре, продления госпитализации и выписки из стационара решаются в порядке, установленном статьями 32–36 и частью третьей статьи 40 настоящего Закона.

Статья 41. Основания и порядок помещения лиц в психоневрологические учреждения для социального обеспечения

(1) Основаниями для помещения в психоневрологическое учреждение для социального обеспечения являются личное заявление лица, страдающего психическим расстройством, и заключение врачебной комиссии с участием врача-психиатра, а для несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, – решение органа опеки и попечительства, принятое на основании заключения врачебной комиссии с участием врача-психиатра. Заключение должно содержать сведения о наличии у лица психического расстройства, лишающего его возможности находиться в неспециализированном учреждении для социального обеспечения, а в отношении дееспособного лица – также и об отсутствии оснований для постановки перед судом вопроса о признании его недееспособным.

(2) Орган опеки и попечительства обязан принимать меры для охраны имущественных интересов лиц, помещаемых в психоневрологические учреждения для социального обеспечения.

Статья 42. Основания и порядок помещения несовершеннолетних в психоневрологическое учреждение для специального обучения

Основаниями для помещения несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет, страдающего психическим расстройством, в психоневрологическое учреждение для специального обучения являются заявление его родителей либо иного представителя и обязательное заключение комиссии, состоящей из психолога, педагога и врача-психиатра. Заключение должно содержать сведения о необходимости обучения несовершеннолетнего в

условиях специальной школы для детей с нарушением интеллектуального развития.

Статья 43. Права лиц, проживающих в психоневрологических учреждениях для социального обеспечения или специального обучения, и обязанности администрации этих учреждений

(1) Лица, проживающие в психоневрологических учреждениях для социального обеспечения или специального обучения, пользуются правами, предусмотренными статьей 37 настоящего Закона.

(2) Обязанности администрации и персонала психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения по созданию условий для реализации прав лиц, проживающих в нем, устанавливаются статьей 39 настоящего Закона, а также законодательством Российской Федерации о социальном обеспечении и об образовании.

(3) Администрация психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения обязана не реже одного раза в год проводить освидетельствования лиц, проживающих в нем, врачебной комиссией с участием врача-психиатра с целью решения вопроса об их дальнейшем содержании в этом учреждении, а также о возможности пересмотра решений об их недееспособности.

Статья 44. Перевод и выписка из психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения

(1) Основанием для перевода лица из психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения в аналогичное учреждение общего типа является заключение врачебной комиссии с участием врача-психиатра об отсутствии медицинских показаний к проживанию либо обучению в специализированном психоневрологическом учреждении.

(2) Выписка из психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения производится:

по личному заявлению лица при наличии заключения врачебной комиссии с участием врача-психиатра о том, что по состоянию здоровья лицо способно проживать самостоятельно;

по заявлению родителей, иных родственников или законного

представителя, обязующихся осуществлять уход за выписываемым несовершеннолетним в возрасте до 18 лет либо за лицом, признанным в установленном законом порядке недееспособным.

Раздел V. Контроль и прокурорский надзор за деятельностью по оказанию психиатрической помощи

Статья 45. Контроль и прокурорский надзор за оказанием психиатрической помощи

(1) Контроль за деятельностью учреждений и лиц, оказывающих психиатрическую помощь, осуществляют органы местного самоуправления.

(2) Контроль за деятельностью психиатрических и психоневрологических учреждений осуществляют федеральные, республиканские (республик в составе Российской Федерации), автономной области, автономных округов, краевые, областные, городов Москвы и Санкт-Петербурга органы здравоохранения, социального обеспечения и образования, а также министерства и ведомства, имеющие такие учреждения.

(3) Надзор за соблюдением законности при оказании психиатрической помощи осуществляется Генеральным прокурором Российской Федерации, прокурорами республик в составе Российской Федерации и подчиненными им прокурорами.

Статья 46. Контроль общественных объединений за соблюдением прав и законных интересов граждан при оказании психиатрической помощи

(1) Общественные объединения врачей-психиатров, иные общественные объединения в соответствии со своими уставами (положениями) могут осуществлять контроль за соблюдением прав и законных интересов граждан по их просьбе или с их согласия при оказании им психиатрической помощи. Право посещения психиатрических и психоневрологических учреждений должно быть отражено в уставах (положениях) этих объединений и согласовано с органами, в ведении которых находятся психиатрические и психоневрологические учреждения.

(2) Представители общественных объединений обязаны согласовать условия посещения с администрацией психиатрического или психоневрологического учреждения, знакомиться с правилами, действующими в нем, подписать и выполнять обязательство о неразглашении врачебной тайны.

Раздел VI. Обжалование действий по оказанию психиатрической помощи

Статья 47. Порядок и сроки обжалования

(1) Действия медицинских работников, иных специалистов, работников социального обеспечения и образования, врачебных комиссий, ущемляющие права и законные интересы граждан при оказании им психиатрической помощи, могут быть обжалованы по выбору лица, приносящего жалобу, непосредственно в суд, а также в вышестоящий орган (вышестоящему должностному лицу) или прокурору.

(2) Жалоба может быть подана лицом, чьи права и законные интересы нарушены, его представителем, а также организацией, которой законом или ее уставом (положением) предоставлено право защищать права граждан, в месячный срок, исчисляемый со дня, когда лицу стало известно о совершении действий, ущемляющих его права и законные интересы.

(3) Лицу, пропустившему срок обжалования по уважительной причине, пропущенный срок может быть восстановлен органом или должностным лицом, рассматривающим жалобу.

Статья 48. Порядок рассмотрения жалобы в суде

(1) Жалобы на действия медицинских работников, иных специалистов, работников социального обеспечения и образования, а также врачебных комиссий, ущемляющие права и законные интересы граждан при оказании им психиатрической помощи, рассматриваются судом в порядке, предусмотренном главой 24^1 Гражданского процессуального кодекса РСФСР и настоящей статьей.

(2) Участие в рассмотрении жалобы лица, чьи права и законные интересы нарушены, если позволяет его психическое состояние, его представителя, лица, чьи действия обжалуются, или его представителя, а также прокурора является обязательным.

(3) Расходы, связанные с рассмотрением жалобы в суде, несет государство.

Статья 49. Порядок рассмотрения жалобы в вышестоящем органе (вышестоящим должностным лицом)

(1) Жалоба, поданная в вышестоящий орган (вышестоящему

должностному лицу), рассматривается в десятидневный срок с момента обращения.

(2) Решение вышестоящего органа (вышестоящего должностного лица) по существу жалобы должно быть мотивированным и основанным на законе.

(3) Копия решения вышестоящего органа (вышестоящего должностного лица) в трехдневный срок после рассмотрения жалобы по существу направляется или вручается заявителю и лицу, чьи действия обжалуются.

(4) Решение вышестоящего органа (вышестоящего должностного лица) может быть обжаловано в суд в порядке, предусмотренном главой 24 Гражданского процессуального кодекса РСФСР.

Статья 50. Ответственность за нарушение настоящего Закона

Уголовная ответственность за нарушение настоящего Закона устанавливается законодательством Российской Федерации. Административная и иная ответственность за нарушение настоящего Закона устанавливаются законодательством Российской Федерации и республик в составе Российской Федерации.

О судебной практике по применению, изменению и отмене принудительных мер медицинского характера

Постановление Пленума Верховного суда СССР от 26 апреля 1984 года № 4 (с изменениями от 1 ноября 1985 года)

Рассмотрев представление Генерального прокурора СССР и обсудив судебную практику по применению принудительных мер медицинского характера, их изменению, отмене, а также исходя из необходимости устранения имеющихся недостатков, обеспечения правильного и единообразного применения законодательства при рассмотрении дел этой категории, Пленум Верховного суда СССР постановляет:

1. Обратить внимание судов на необходимость неуклонного исполнения требований закона о всестороннем, полном и объективном исследовании обстоятельств каждого дела, строгого соблюдения норм уголовного и уголовно-процессуального законодательства о применении принудительных мер медицинского характера к лицам, совершившим общественно опасные деяния в состоянии невменяемости или заболевшим после совершения преступления душевной болезнью, лишающей их возможности отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими. В соответствии с законом указанные меры применяются в случаях, когда такие лица по характеру совершенных ими деяний и своему болезненному состоянию представляют опасность для общества.

2. Принудительные меры медицинского характера (помещение в психиатрическую больницу общего или специального типа, а также передача под опеку или на попечение родственников при врачебном наблюдении, где это предусмотрено законодательством союзных республик) могут быть применены судом к лицам:

совершившим общественно опасные деяния, предусмотренные уголовным законом, в состоянии невменяемости. В этом случае они освобождаются от уголовной ответственности;

заболевшим душевной болезнью после совершения преступления, но до вынесения приговора. Эти лица освобождаются от наказания. По выздоровлении они могут быть подвергнуты наказанию, если не истекли сроки давности

привлечения к уголовной ответственности или не наступили другие основания, освобождающие от уголовной ответственности и наказания;

заболевшим во время отбывания наказания душевной болезнью. Эти лица могут быть освобождены от дальнейшего отбывания наказания. В случае выздоровления к ним в силу ст. 81 УК РФ и соответствующих статей УК других союзных республик может быть применено наказание, если нет оснований для освобождения от такового.

3. Разъяснить, что вопрос о подсудности дел на лиц, совершивших общественно опасные деяния в состоянии невменяемости или заболевших душевной болезнью после совершения преступления, решается по общим правилам подсудности уголовных дел в зависимости от юридической оценки содеянного.

При наличии достаточных оснований для рассмотрения дела в судебном заседании судья единолично выносит постановление о назначении его к рассмотрению. В силу ст. 440 УПК РФ в распорядительное заседание такие дела вносятся лишь при наличии оснований к прекращению производства по применению принудительных мер медицинского характера либо к возвращению дела для дополнительного расследования.

4. По делам на лиц, в отношении которых поставлен вопрос о применении принудительных мер медицинского характера, судебное разбирательство проводится по общим правилам производства в суде первой инстанции с соблюдением требований ст. 441 УПК РФ. Суды должны тщательно проверять доказательства, устанавливающие или опровергающие совершение лицом общественно опасного деяния, предусмотренного уголовным законом, а также другие существенные обстоятельства, имеющие значение для разрешения дела. С этой целью в судебное заседание должны быть вызваны потерпевшие, свидетели, законные представители, а также эксперты, если иное не предусмотрено республиканским законодательством.

Применение принудительных мер медицинского характера возможно лишь при доказанности совершения лицом, в отношении которого рассматривается дело, общественно опасного деяния, содержащего признаки конкретного преступления.

5. (Признан утратившим силу постановлением Пленума № 17 от 1 ноября 1985 года.)

6. Решение вопроса о невменяемости, применении принудительной меры медицинского характера, определении

типа больницы, а также о передаче лица под опеку или на попечение родственников при врачебном наблюдении относится к компетенции судов. Поэтому заключение экспертов-психиатров подлежит тщательной оценке в совокупности со всеми материалами дела.

7. В силу ст. 438 УПК РФ участие защитника на предварительном следствии и в суде по делам на лиц, совершивших общественно опасные деяния в состоянии невменяемости, а также заболевших душевной болезнью после совершения преступления, является обязательным. Отказ от защитника по этим делам не может быть принят судом. В случае окончания предварительного следствия без участия защитника дело должно быть возвращено на дополнительное расследование ввиду существенного нарушения уголовно-процессуального закона.

8. Законными представителями лица, в отношении которого рассматривается вопрос о применении принудительной меры медицинского характера, в соответствии с законодательством союзных республик могут быть признаны, в частности, усыновители, опекуны, попечители, а также близкие родственники, представители учреждений и организаций, на попечении которых он находится.

Суд обязан обеспечить законному представителю возможность знакомиться с материалами дела, участвовать в исследовании доказательств, представлять доказательства, заявлять ходатайства и отводы, а в случаях, предусмотренных законодательством союзных республик, обжаловать определение суда. При необходимости суд может допросить законного представителя в качестве свидетеля.

9. Если в ходе судебного разбирательства дела, поступившего с обвинительным заключением, возникнут основания считать, что лицо, в отношении которого рассматривается дело, может быть признано невменяемым или заболевшим после совершения преступления душевной болезнью, суд на основании ст. 300 УПК РФ может закончить разбирательство, не возвращая дело на дополнительное расследование. При этом необходимо соблюдать правила, предусмотренные ст. 441 УПК РФ. Если по такому делу проводилось дознание, оно подлежит возвращению для производства дополнительного расследования.

10. В случае совершения несколькими лицами общественно опасного деяния, предусмотренного уголовным законом, суд вправе одновременно рассмотреть вопрос о виновности одних лиц и о вынесении определения о применении принудительных мер медицинского характера в отношении других, совершивших

указанное деяние в состоянии невменяемости или заболевших после совершения преступления душевной болезнью. Если совместное рассмотрение дела в отношении названных лиц невозможно, материалы о применении принудительных мер медицинского характера следует выделить в отдельное производство.

11. Судья или суд с учетом мнения эксперта-психиатра может вызвать в судебное заседание лицо, в отношении которого поставлен вопрос о применении принудительных мер медицинского характера (для его опознания потерпевшими или свидетелями в случае сомнений в правильности заключения экспертов-психиатров и др.). При этом следует иметь в виду, что в силу ст. 74 УПК РФ показания такого лица не могут рассматриваться как источник доказательств по делу.

12. Разъяснить, что юридическая оценка действий невменяемого может основываться лишь на данных, характеризующих общественную опасность совершенного деяния. При этом не должны учитываться обстоятельства, не имеющие непосредственного отношения к рассматриваемому событию (судимости лица, применение к нему в прошлом принудительных мер медицинского характера и т. д.).

13. Принудительные меры медицинского характера не могут применяться к лицу, признанному невменяемым в отношении совершенного им деяния, уголовная ответственность за которое наступает при условии, если ранее это лицо предупреждалось или предостерегалось о недопустимости противоправного поведения либо подвергалось административному взысканию или общественному воздействию. Такие дела подлежат прекращению за отсутствием состава преступления. О принятом решении суд извещает органы здравоохранения для организации необходимого наблюдения за больным и его лечения.

14. В случае признания доказанным, что лицо совершило в состоянии невменяемости общественно опасное деяние или после совершения преступления заболело душевной болезнью, в описательной части определения должны быть изложены установленные судом обстоятельства содеянного на основании проверенных доказательств, дана юридическая оценка действиям такого лица и приведены мотивы принятого решения. В резолютивной части определения должны содержаться указания об освобождении от уголовной ответственности или наказания и о применении конкретной принудительной меры медицинского характера либо о прекращении дела и неприменении такой меры.

15. Имея в виду, что в силу закона в психиатрическую больницу специального типа помещаются лишь душевнобольные,

представляющие по своему психическому состоянию и характеру содеянного особую опасность для общества, суды при применении указанной меры должны основываться на заключении экспертов о психическом состоянии больного и установленных в суде данных о характере совершенного им деяния (общественная опасность содеянного, способ совершения, тяжесть наступивших последствий).

16. В случае причинения материального ущерба лицом, совершившим общественно опасное деяние в состоянии невменяемости или заболевшим душевной болезнью после совершения преступления, вопрос о возмещении ущерба подлежит рассмотрению в порядке гражданского судопроизводства, о чем должно быть указано в определении.

17. Вопросы о вещественных доказательствах по делам лиц, признанных невменяемыми или заболевших после совершения преступления душевной болезнью, должны разрешаться судами применительно к требованиям ст. 81 УПК РФ.

Судебные издержки с указанных лиц в силу ст. 132 УПК РФ не взыскиваются, а принимаются на счет государства. Не может быть взыскано с этих лиц и вознаграждение за осуществление защиты.

18. При решении вопроса об отмене или изменении принудительной меры медицинского характера по ходатайству близких родственников лица, к которому она была применена, судам следует учитывать, что такое ходатайство имеют право возбуждать лица, перечисленные в ст. 5 УПК РФ.

К иным заинтересованным лицам ст. 445 УПК РФ могут относиться, например, опекуны, попечители.

19. Рассматривая вопрос об отмене или изменении принудительной меры медицинского характера, суды должны тщательно проверять обоснованность представления администрации медицинского учреждения или возбужденного ходатайства. Для этого судам надлежит выяснять результаты проведенного лечения и условия, в которых это лицо будет находиться после отмены принудительной меры медицинского характера, а также необходимость дальнейшего медицинского наблюдения и лечения. В этих целях следует вызывать в судебное заседание представителей медицинских учреждений, близких родственников или других законных представителей.

Судам надлежит учитывать, что в силу ст. 445 УПК РФ лицу, помещенному в психиатрическую больницу с усиленным наблюдением, принудительная мера медицинского характера при наличии к тому оснований может быть отменена без предварительного перевода такого лица в психиатрическую

больницу общего типа.

20. При рассмотрении дел о лицах, в отношении которых решается вопрос о применении принудительных мер медицинского характера, необходимо выявлять обстоятельства, способствовавшие совершению общественно опасных деяний, и принимать меры к их устранению.

21. Суд кассационной или надзорной инстанции, проверяя правильность применения принудительной меры медицинского характера, при наличии к тому оснований может отменить либо изменить определение суда первой инстанции, в том числе заменить вид примененной принудительной меры медицинского характера.

22. Рекомендовать судам систематически анализировать судебную практику применения, изменения и отмены принудительных мер медицинского характера.

notes

Сноски

1

Под личным участием понимается самостоятельное совершение лицом возложенных на него прав и обязанностей. Например, вступление в брак предполагает обязательное личное участие, завещание может быть составлено только лично самим наследодателем.

Бюл. Верховного суда РСФСР. 1981. № 7.

3

См.: Перечень заболеваний, дающих право на дополнительную жилую площадь // СЗ РФ. 1996. № 10. С.

4

Здесь и далее в скобках пояснения автора.

Эрделевский А. М. Моральный вред. М., 1997.

6

О практике применения судами законов, обеспечивающих обвиняемому право на защиту: Постановление Пленума Верховного суда СССР от 16 июня 1978 г. № 5.

Аргунова Ю. О расширении полномочий нотариуса по защите жилищных прав граждан // Рос. юстиция. 1994. № 51.

САПП РФ. 1993. № 51. Ст. 4936.

9

Здесь и далее в разделе 1 делаются ссылки на Закон о психиатрической помощи без указания на него.

10

Постатейный комментарий к Закону о психиатрической помощи. М., 1993. Ст. 35.

11

Приказ МВД и МЗ РФ от 30.04.97. № 133/269.

12

Комментарий к законодательству РФ в области психиатрии / Под ред. Т. Б. Дмитриевой. М., 1997.

13

Уложение о наказаниях. Ст. 395.

14

Руководящие начала по Уголовному праву РСФСР 1919 г.

15

См.: *Игнатов А. Н.* Лица, подлежащие уголовной ответственности // Комментарий к Уголовному кодексу РФ. Общая часть. / Под ред. Ю. И. Скуратова, В. М. Лебедева. М., 1996.

16

Положение о психиатрической больнице учреждений, исполняющих наказание в виде лишения свободы. Утв. приказом министра внутренних дел РФ от 10 апреля 1995 г. № 143.

17

О судебной практике по применению, изменению и отмене принудительных мер медицинского характера: Постановление Верховного суда СССР 1984 г.

18

Комментарий к Уголовному кодексу РФ. Общая часть / Под ред. Ю. И. Скуратова, В. М. Лебедева. М., 1996.

Курс советского уголовного права. Часть общая. М., 1970.

20

Гипофиз – железа внутренней секреции, располагающаяся в структурах мозга, отвечающих за жизнеобеспечение, которая регулирует, в частности, биохимические механизмы репродуктивной деятельности.

Ковалев М. И., Алмазов Б. Н. Оценка психического здоровья человека уголовным законодательством. Свердловск, 1987.

Мальцев В. В. Категория «общественно опасное поведение» и ее уголовно-правовое значение // Государство и право. 1995. № 9.

Ной И. С. Методологические проблемы советской криминологии. Саратов, 1975.

Значение указанных терминов мы объясняем в вольной трактовке исходя из задач нашего изложения.

Эмпатия – потребность в защите в незнакомых обстоятельствах, связанная с ощущением присутствия защитника.

Аффилиация – желание избежать эмоциональной изоляции в конкретном окружении.

Страх когнитивного диссонанса – боязнь неудачи при необходимости подтверждать индивидуальную социальную позицию.

Атрибуция личности – потребность в социальном опыте для усвоения личностных смыслов поведения.

25

Из правил по делу Мак-Натена. Великобритания. 1843 г.

Психологический словарь / Под ред. В. П. Зинченко. М., 1996.

Строгович М. С. Теория государства и права. М., 1949.

28

Цит. по: *Тимофеев Н. Н.* Очерки военной психиатрии. Л., 1962.

29

Маргинал (от лат. margo – край, англ. – заметка на полях) в медицине – терапия состояний на грани жизни.

30

Рос. газ. 1998. 29 июля.